

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1901, à 1 heure

Par GABRIEL PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE

Né à Nantes, le 20 décembre 1862

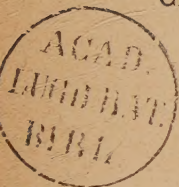
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Lauréat de l'École de Médecine

OPÉRATION d'ALQUIÉ-ALEXANDER

avec

CROISEMENT DES LIGAMENTS RONDS



Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LEGUEU

JALAGUIER

BROCA (Aug.)

} *agrégés.*

NANTES

R. GUISTHAU, A. DUGAS Succr, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	H. BRISASUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA (Auguste).	HARTMANN.	MERY.	VARNIER.
BROCA (André).	HEIM.	RÉMY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET BEAU-PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HEURTAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'École de Médecine
de Nantes

Chirurgien en chef honoraire des Hôpitaux de Nantes

Officier d'Instruction Publique

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HÔPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer les études médicales auxquelles nous nous sommes tardivement consacré, c'est un devoir pour nous en même temps qu'une vive satisfaction, de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres et professeurs des hôpitaux et de l'École de Médecine de Nantes, qui ont bien voulu, tout en nous instruisant de leurs brillantes leçons, nous éclairer de leurs sages conseils.

Nous adressons spécialement nos sincères remerciements à MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne. Que MM. Maurice Bureau, Dianoux, Mahot, Sourdille, Guilhaud, Hervouet, Ollive, Heurtaux reçoivent l'assurance de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Qu'il nous soit permis, en particulier, d'offrir publiquement ici, notre affectueuse et filiale reconnaissance à notre excellent maître et beau-père, M. le professeur Heurtaux, qui nous a toujours comblé de sa bienveillante bonté et a mis si largement à notre disposition, à la fois sa science et son dévouement, pour nous enseigner la chirurgie pendant la durée de nos études.

C'est à lui que nous devons le procédé de croisement des ligaments ronds dans l'Alexander ; et nous lui sommes doublement reconnaissant des nombreuses observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous remercions sincèrement aussi notre maître, M. le Dr Guilbaud, chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes, qui nous a aimablement offert une observation personnelle.

Enfin que M. le professeur Tillaux daigne nous permettre de lui offrir nos sentiments de profonde et respectueuse gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Nous ne prétendons pas, en présentant ce travail, préconiser un traitement nouveau des déviations utérines. L'opération d'Alquié-Alexander est déjà ancienne ; elle est acceptée par des maîtres distingués, et plus d'une fois elle a été l'objet de statistiques très favorables, qui ont démontré clairement son efficacité.

Cependant il n'est pas d'intervention qui ait été plus diversement appréciée par les autorités chirurgicales. Cela tient sans doute aux circonstances différentes dans lesquelles on s'en est servi et souvent aussi aux procédés variés qui lui ont été appliqués.

A notre époque, les déviations utérines, leur pathogénie et leurs traitements chirurgicaux ont donné lieu à des études très approfondies et même d'une perfection difficile à égaler. Nous nous permettrons, néanmoins, de rappeler ici brièvement les moyens de fixité de l'utérus et les causes qui tendent à modifier sa position ; puis, après avoir justifié dans un rapide historique, le nom d'Alquié-Alexander, donné à cette opération d'origine essentiellement française, nous chercherons à déterminer d'une manière précise ses indications, en les limitant au traitement de certaines rétrodéviations utérines.

En effet, si cette intervention ne semble pas avoir également satisfait tous les chirurgiens, ne serait-ce pas parfois pour lui avoir demandé plus qu'elle ne peut produire, ou l'avoir utilisée dans des conditions où elle demeure impuissante ?

Car aujourd'hui, il faut en convenir, si elle a encore conservé des partisans, elle possède en revanche de très sérieux détracteurs. Les uns la considèrent comme trop compliquée ; d'autres lui reprochent d'être insuffisante à maintenir solidement l'utérus. Aussi plusieurs ont-ils proposé de lui apporter certaines modifications ou même de lui substituer des interventions nouvelles ; et chemin faisant nous aurons à étudier les avantages de ces innovations et au besoin à signaler leurs inconvénients.

Nous nous appliquerons toutefois à faire ressortir combien l'opération d'Alquié est physiologique et peu dangereuse ; quelle supériorité elle présente au point de vue de la position de l'utérus ; puis nous nous efforcerons surtout de faire justice du principal reproche qui lui est adressé : « le défaut de solidité. » A cet effet, nous exposerons un procédé permettant d'utiliser d'une manière parfaite la résistance des ligaments ronds et d'obtenir ainsi de très satisfaisants résultats. Nous apporterons à l'appui de ce procédé un nombre assez notable d'observations, parmi lesquelles, certaines principalement, tirent une valeur réelle de leur ancienneté et de l'épreuve à laquelle ont été soumises les opérées, contraintes par leur profession de se livrer journellement à des efforts considérables.

CHAPITRE I

Notions générales sur les moyens de fixité de l'utérus et sur les causes de ses déviations

L'utérus, à l'état normal, occupe le milieu de l'excavation pelvienne ; il est situé entre la vessie en avant et le dernier segment du gros intestin en arrière.

Le col de l'utérus est maintenu dans une position relativement fixe par ses connexions avec le vagin, qui vient se terminer sur lui en le divisant en deux segments : l'un intra-vaginal « le museau de tanche », l'autre extra-vaginal.

L'insertion du vagin sur le col se fait suivant un plan fortement oblique de haut en bas, d'arrière en avant, de telle façon que la cavité utérine n'est pas dans le prolongement de l'axe du vagin, mais fait avec lui un angle de plus de 90° ouvert en avant. Pour cette raison, lors de l'exploration digitale, l'orifice du col utérin doit à l'état normal regarder en arrière.

Les connexions sont intimes entre ces deux organes reliés par des fibres musculaires communes, ce qui oblige le col de l'utérus à suivre le fond du vagin, toutes les fois que ce dernier vient à s'abaisser.

En outre, le segment inférieur de l'utérus est soutenu par une paire de ligaments, importants au point de vue de leur action. Ces ligaments, dits utéro-sacrés ou encore replis de Douglas, prennent naissance sur la face postérieure du col, un peu au-dessous de l'isthme ; puis se portant en arrière et en haut, viennent s'attacher sur les premières vertèbres sacrées, immédiatement en dedans de l'articulation sacro-iliaque. Parfois même, ils remontent jusqu'au promontoire et sur la cinquième lombaire, formant ainsi les ligaments utéro-lombaires décrits par Huguier.

Chacun de ces ligaments utéro-sacrés est formé par deux feuillets péritonéaux, interceptant des faisceaux de fibres musculaires lisses.

Ces ligaments constituent une insertion squelettique ayant pour effet de suspendre l'utérus et de s'opposer à sa descente ; mais de plus, grâce à leur point d'insertion au bas et en arrière du col, ils tendent assurément à élever ce dernier et à faire basculer ainsi l'utérus, dont le fond d'ailleurs est sollicité par son propre poids et la direction de ses ligaments, à s'incliner en avant et à venir reposer sur la vessie.

Le segment supérieur de l'utérus est maintenu latéralement par les ligaments larges, constituant une cloison ligamenteuse inclinée comme l'utérus lui-même, de haut en bas, d'avant en arrière.

Mais ceux qui nous intéressent tout spécialement, ce sont les ligaments ronds.

Ils prennent naissance sur la face antéro-latérale du

corps de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe, puis se portant obliquement en avant et en dehors, vers l'orifice interne du canal inguinal, ils parcourent ce canal dans toute son étendue et se terminent à la base des grandes lèvres.

On peut les diviser artificiellement en quatre segments :

Leur premier segment (pelvien) d'abord aplati, puis un peu cylindrique, est inclus dans l'épaisseur du ligament large, dont il soulève le feuillet antérieur.

Le second segment (iliaque), s'étendant du détroit supérieur à l'orifice interne du canal inguinal, embrasse dans sa concavité la courbe de sens contraire de l'artère épigastrique.

Le troisième segment occupe le canal inguinal, au pourtour duquel il s'attache par une série de tout petits tendons.

Enfin le quatrième n'est plus constitué par un cordon à proprement parler, mais par de nombreux filaments, qui s'épanouissent en éventail, depuis l'orifice externe du canal inguinal. Quelques-uns de ces filaments se fixent à l'épine du pubis et à la face antérieure de la symphyse, les autres se perdent dans le tissu cellulo-adipeux du mont de Vénus et des grandes lèvres.

Le ligament rond est constitué principalement par des fibres musculaires lisses, tirant leur origine de l'utérus ; mais il se compose en plus d'un faisceau de fibres striées, prenant naissance sur l'épine pubienne et renforcé dans la plupart des cas pendant son trajet inguinal, par quelques fibres issues du petit oblique et du transverse.

Le ligament rond est accompagné par le péritoine jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. A ce point, il est abandonné par la séreuse, qui cesse de le recouvrir pour se réfléchir sur la paroi abdominale antérieure.

Notons que le ligament rond possède son artère, ses veines, ses lymphatiques et ses nerfs.

La direction dans laquelle s'exerce sa force de traction, a pour effet d'incliner en avant le fond de l'utérus.

La résistance de ce ligament est considérable. Testut (1) estime qu'il peut supporter, sans se rompre, un poids de 500 à 600 grammes. Beurnier (2) l'a vu se rompre en moyenne entre 400 et 900 grammes. Ces résultats semblent trop faibles ; peut-être résultent-ils d'expériences pratiquées trop longtemps après la mort, car Delbet (3) ayant éprouvé dix ligaments ronds aussitôt après des opérations, a vu le plus faible résister à un poids de deux kilogrammes.

Toujours est-il que ces ligaments sont très élastiques et qu'avant de se rompre ils s'allongent de trois ou quatre centimètres. Leur force n'est pas égale sur toute leur longueur ; elle va toujours en croissant vers leur extrémité utérine.

Avec tous ces moyens de fixation, l'utérus semble à première vue devoir être entièrement immobilisé, ou du moins être difficilement dévié de sa position normale. Cependant il n'en est rien, car tous ces ligaments à l'except-

(1) Testut. *Traité d'Anatomie*, T. III, p. 1061.

(2) Beurnier. *Lig. ronds de l'utérus*, thèse Paris, 1886.

(3) Duplay et Reclus. T. VIII, p. 522.

tion des utéro-sacrés possèdent une énorme laxité, obligés qu'ils sont de s'allonger à chaque instant pour accompagner le fond de l'utérus dans ses différents déplacements. La vessie est-elle distendue à l'excès, la matrice est repoussée en arrière et Sappey pense qu'elle peut être refoulée jusque dans un état de rétroversion complète. Quand le rectum est bondé de matières fécales, l'utérus, au contraire, est rejeté en avant. Or les femmes, victimes des bienséances sociales, sont souvent exposées à une énorme distension de ces réservoirs.

Par ailleurs les anses intestinales, d'une mobilité extrême comme volume et comme position, viennent occuper successivement les culs de sac antérieur ou postérieur et obligent l'utérus à s'accommoder de la place qui lui reste libre dans la cavité pelvienne.

Ces déviations toutefois, d'une étude limitée, demeurent assez passagères et mettent peu à l'épreuve l'élasticité des ligaments fixés sur le corps de l'utérus. Il existe au contraire une cause de déplacement qui, par sa durée et son importance, doit modifier d'une manière complète l'état de ces ligaments : nous voulons parler de la grossesse. Le fond de l'utérus, situé à l'état normal presque au niveau du plan du détroit supérieur, remontant peu à peu pendant la période de gravidité jusqu'à atteindre le sommet de la cavité abdominale, impose aux ligaments ronds et aux ligaments larges une élongation considérable à laquelle ils se prêtent lentement au fur et à mesure du développement de l'utérus. Mais le jour où ce dernier vient à expulser son contenu, il se contracte brusquement et

diminue en quelques instants de moitié de sa hauteur, grâce à la parfaite élasticité de ses fibres musculaires.

Il n'en est pas ainsi des ligaments dont les fibres musculaires ont été surdistendues ; celles-ci se sont hypertrophiées, il est vrai, mais elles ont perdu leur tonicité ; leur involution ne se fait qu'à la longue et souvent même n'arrive jamais à être complète. Par ailleurs, l'utérus continuant à s'abaisser et à revenir à son volume primitif, demeure plus longtemps encore privé de ses moyens naturels de fixation.

Comme d'autre part le vagin est distendu et ramolli par l'accouchement ; ce point d'appui normalement assez résistant vient à faire défaut à l'utérus, juste au moment où, en conséquence de l'augmentation de son poids et de la laxité de ses ligaments, il aurait un plus grand besoin d'être mieux soutenu.

On comprendra, dès lors, combien à la suite de la parturition, il sera facile à la matrice de se déplacer et principalement de descendre à travers le conduit vaginal encore béant et à parois sans résistance, les ligaments utéro-sacrés restant seuls pour s'opposer à cette descente et se trouvant eux-mêmes allongés du fait de la grossesse. On s'expliquera surtout pourquoi le prolapsus est beaucoup plus fréquent chez les femmes obligées, par leur situation, de se lever trop tôt après leurs couches et de reprendre, presque de suite, des occupations quelquefois pénibles et fatigantes. En effet la station verticale doit être encore plus funeste, lorsque des efforts viennent augmenter la compression déjà intempestive exercée par la masse intes-

tinale sur le fond de l'utérus. Et le prolapsus sera singulièrement favorisé chez la multipare qui aura fréquemment d'avance plus de laxité de ses ligaments, plus de distension de son conduit vaginal et moins de résistance de son périnée.

Il existe, en outre, d'autres causes contribuant parfois à produire les déplacements de la matrice.

Nous avons déjà expliqué comment, chez les femmes laissant distendre leur rectum et leur vessie par des évacuations trop rares, l'utérus subit des oscillations de nature à produire une élongation définitive des ligaments. Mais la distension vésicale présente un autre inconvénient : l'utérus, au lieu de venir reposer à peu près horizontalement sur la vessie, soutenue elle-même par la symphyse, plan parfaitement résistant, prend au contraire une direction presque verticale et arrive à se présenter dans l'axe du vagin.

A coup sûr, l'inconvénient serait négligeable, s'il n'y avait à considérer que le poids seul de l'utérus, variant de 40 à 70 grammes ; car les parois du vagin suffiraient amplement à le soutenir. Mais le fonds de l'utérus peut, en pareille position, recevoir une poussée parfois considérable.

Sans parler du poids de la massé intestinale refoulée par le diaphragme à chaque inspiration, il faut songer à la forte pression qui vient accidentellement s'exercer sur cette masse dans les quintes de toux ou pendant les contraction de la paroi abdominale sous l'influence des efforts musculaires violents, notamment chez les personnes portant de lourds fardeaux.

Et de combien est-elle augmentée cette pression, chez beaucoup de femmes qui, pour satisfaire aux raffinements de la mode ou pour dissimuler un enbompment intempestif, transforment leur corset en un véritable étau, refoulant avec une énergie intense tout le contenu de la cavité abdominale ?

La poussée qui agit ainsi sur le fond de l'utérus rétrodévié a pour résultat de soumettre les ligaments utéro-sacrés à une charge exagérée qu'ils ne peuvent longtemps soutenir, ils subissent fatalement une élongation, laquelle permet au col de s'abaisser peu à peu dans le vagin. Ainsi se trouve favorisée la rétroversion qui prépare le prolapsus.

Le déplacement de l'utérus est aussi occasionné par sa subinvolution, à la suite de grossesses répétées, ou par sa congestion, qu'elle résulte soit de la fonction cataméniale, soit de métrite aiguë ou chronique. La matrice peut être entraînée également par prolapsus du vagin, par rectocèle et cystocèle, à la suite surtout d'un effondrement du périnée.

Il existe des cas enfin où les rétroversions de même que les rétroflexions utérines sont étrangères à toutes ces causes. Elles peuvent être congénitales, comme l'a établi Ruge (1), quand elles sont dues par exemple soit à une insertion défectueuse du vagin sur l'utérus, soit à un développement exagéré de la paroi antérieure de ce dernier organe. Elles peuvent être acquises en cas de subinvolution de la paroi antérieure lorsqu'elle a donné lieu à l'insertion

(1) *Zeitschr. f. Geb. und. Gyn.*, t. I.

placentaire, ou en cas de développement d'un fibrome dans l'épaisseur de cette paroi.

L'utérus, à la suite de divers états pathologiques l'intéressant lui-même ou frappant, soit ses annexes, soit le péritoine, peut être maintenu dans sa position vicieuse par des adhérences inflammatoires ou des brides cicatricielles, plus ou moins solides. Nous en ferons ressortir plus tard l'importance au point de vue du choix de l'intervention.

La rétroflexion accompagne presque toujours la rétroversion. Le vagin en effet, avons-nous déjà dit, s'insère obliquement sur le col et tend, au moins tout d'abord, à s'opposer au mouvement en arrière du corps de l'utérus. Il s'ensuit dès lors fréquemment un certain degré de flexion de l'organe dans la région de l'isthme. Cette flexion, réductible au début, devient rapidement définitive et l'utérus est immobilisé dans son attitude vicieuse. Si bien qu'après avoir redressé le corps sur le col et l'avoir replacé dans sa position normale, dès qu'on l'abandonne, il revient brusquement comme un ressort à sa position première.

CHAPITRE II

Historique de l'Alquié-Alexander

Dans les auteurs anciens, il n'existe aucun passage laissant à supposer l'idée de raccourcir les ligaments ronds, pour remédier au prolapsus de l'utérus, qui était alors le déplacement le plus connu de cet organe.

Manrique (1) dans sa thèse inaugurale, nous dit avoir cherché dans les œuvres d'Ambroise Paré (2), qui a laissé un chapitre fort complet sur la descente de la matrice, mais que tout en admettant le relâchement de ses ligaments, il ne parle pas de leur raccourcissement chirurgical.

Il n'a pas été plus heureux en parcourant ce que Guillemeau, Franco, Fabrice d'Aquapendente et Saviard nous ont laissé sur l'hystéroptose.

Au XVIII^e siècle, les auteurs croyaient tous à l'allongement des ligaments dans le prolapsus, mais sans parler d'aucun traitement pouvant agir sur ces ligaments d'une manière chirurgicale.

Au commencement du XIX^e siècle, les gynécologistes

(1) Manrique, thèse de Paris, 1886.

(2) Ambroise Paré, *livre de la génération*.

connaissaient toutes les variétés de déviations et de déplacements ; mais ils les ont étudiés surtout dans leurs rapports avec les phénomènes de la grossesse et de l'accouchement. Et c'est seulement Denman (1800) et Ameline et Bazin (1827), qui firent rentrer dans le cadre nosologique les déviations de l'utérus non gravide.

En 1833, M^{me} Boivin et Dugès (1), dans un ouvrage remarquable *sur les maladies de l'utérus*, démontraient, les premiers, d'une façon très nette, le rôle des ligaments ronds et s'exprimaient ainsi :

« Les cordons suspubiens s'opposent à l'abaissement
» considérable de l'utérus et surtout à cette inclinaison en
» arrière inévitable dans le deuxième degré du prolapsus.
» Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison,
» dans la chute complète, allongés par un relâchement
» maladif. »

Ces mêmes auteurs attribuent de plus la chute de l'utérus, pendant l'état puerpéral, à l'allongement subi par les cordons suspubiens pendant la grossesse.

Seulement à cette époque, la chirurgie ne pouvait être aussi entreprenante qu'elle le devint plus tard et ils ne songèrent pas à remédier chirurgicalement au relâchement des ligaments ronds qu'ils avaient eu le talent de décrire.

En 1840, Alquié, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, proposa pour la première fois le traitement de la rétroversion et du prolapsus de l'utérus par le

(1) M^{me} Boivin et Dugès, *maladies de l'utérus*, 1833.

raccourcissement des ligaments ronds. Il soutint d'abord son idée devant l'Académie de Médecine et si l'on consulte le Bulletin (1), on y voit qu'il présenta, le 17 novembre, un mémoire sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice.

Mais Baudelocque et Villeneuve, commis pour examiner ce travail, ne firent assurément aucun rapport à son sujet, car on ne retrouve aucune mention qui lui soit relative. Probablement, le mémoire ne fut pas conservé et c'est seulement en 1850 que, dans un livre très curieux qu'il publia *sur la chirurgie conservatrice et les moyens de restreindre l'utilité des opérations*, Alquié dit lui-même avoir proposé le raccourcissement des ligaments ronds pour traiter certains cas de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus.

Malheureusement il n'ajoute pas s'il a tenté l'opération sur le vivant ou s'il l'a pratiquée sur le cadavre, et il est fort à regretter qu'on ne puisse retrouver son premier mémoire, où sans doute il devait appuyer sur quelques expériences la méthode qu'il proposait à l'Académie de Médecine.

Aran avait déjà pris en considération le système de raccourcissement des ligaments ronds, préconisé par Alquié, puisque, dès 1850, il écrivait (2) :

« Mais le déplacement de l'utérus est permanent et il y » a tout lieu de croire qu'il est la cause des accidents dont

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine* (1840), T. VI.

(2) Aran. *Maladies de l'utérus* (1850), p. 1839.

» se plaignent les malades. Que faire alors ? Nul doute, si
» la chose était possible, que l'on ne dut agir sur les liga-
» ments et l'on peut même se demander avec M. le profes-
» seur Alquié si pour les abaissements et les rétroversions,
» il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les
» ligaments suspubiens ; mais ce sont là des choses, sinon
» impraticables, du moins dont l'exécution présente de
» sérieuses difficultés et des dangers tels, que l'on ne
» saurait les recommander expressément. »

De cette citation l'on est forcé de déduire que l'idée d'Alquié était acceptée dès 1850 ; seulement elle était considérée comme d'une exécution difficile et dangereuse. Si Lister avait vécu 25 ans plus tôt, le procédé d'Alquié eut été employé probablement dès cette époque ; mais on comprend quelle appréhension on devait avoir avant la découverte de l'antisepsie, de faire une double incision, où l'on se croyait sans doute obligé d'ouvrir le péritoine.

Du reste, jusqu'en 1860, les idées qui régnaient sur les causes du prolapsus de l'utérus, le faisant considérer uniquement comme la conséquence d'un allongement hypertrophique (Huguier) ou comme le symptôme d'une inflammation (Lisfranc), ces idées, disons-nous, devaient porter les tentatives chirurgicales vers l'amputation du col et le traitement médical vers la guérison du processus inflammatoire.

Legendre, dans sa thèse d'agrégation (1), démontre que le prolapsus peut être quelquefois causé par l'allongement

(1) Legendre. Thèse de concours d'agrégation, Paris, 1860.

des ligaments et il s'exprime ainsi au sujet du traitement :

« Il faudrait raccourcir ce qui est devenu trop long...,
» rapprocher les deux extrémités des faisceaux suspendus rompus. »

Mais il n'ose conclure plus affirmativement, la chirurgie ne lui paraît pas sans doute assez bien armée pour réaliser ce desideratum.

En 1869, Kœberlé, chirurgien de Strasbourg, ayant fait une gastrotomie pour guérir un iléus occasionné par une rétroversion irréductible, eut l'idée de fixer la trompe gauche dans l'angle inférieur de son incision et en 1877 sa malade, alors âgée de 30 ans, conservait encore son utérus dans la position où il avait été placé. Ce n'était pas une application de la méthode d'Alquié, c'était une fixation de l'utérus à la paroi, au moyen du ligament large, ce qu'on a appelé depuis une ligamentopexie ; et du reste ce procédé ne fut appliqué qu'une seule fois par son auteur, qui profita accidentellement de la laparotomie nécessitée par l'iléus. Tous ses autres cas, il le dit lui-même, furent traités sans opération, au moyen de pessaires.

Deneffe, de Gand, en 1864, autorisé par le professeur Burggrøve, pratiqua une tentative de raccourcissement des ligaments ronds dans un cas de prolapsus. Mais il ouvrit des deux côtés le canal inguinal, jusqu'à l'orifice interne, sans pouvoir trouver les ligaments. Fort heureusement la malade ne mourut pas, car Deneffe rapporte lui-même, que la commission ayant eu vent de cette ten-

tative, blâma le professeur Burggrœve pour s'être livré à des expériences sur une malade confiée à ses soins.

Enfin, le 14 décembre 1881, William Alexander, de Liverpool, pratiquait, pour la première fois, sur le vivant, l'opération préconisée par Alquié en 1840, il raccourcissait les ligaments ronds, dans le but de guérir une femme atteinte de prolapsus utérin ; le 4 avril 1882, il avait déjà renouvelé trois fois cette opération et publiait ses quatre premières interventions couronnées de succès (1).

Presqu'en même temps, Adams, de Glasgow, faisait de son côté une semblable tentative opératoire sur le vivant (2), ce n'était toutefois qu'au mois de février 1882, donc un mois et demi au moins après Alexander ; de plus il avait eu le malheur de tomber sur un de ces cas relativement rares où l'opération est contre indiquée ; l'utérus prolabé depuis longtemps avait contracté des adhérences solides dans le cul-de-sac de Douglas. Aussi les ligaments ronds ne purent être attirés et il n'eut à enregistrer qu'un insuccès. Dès lors qui pourrait affirmer qu'il aurait renouvelé sa tentative une première fois infructueuse s'il n'y avait été encouragé en apprenant les succès publiés par Alexander deux mois plus tard ?

Ainsi la première opération d'Adams, comme celle de Deneffe avait été un échec et ce dernier chirurgien avait eu du moins le mérite de la priorité.

Mais comme nous ne pouvons, ainsi que le fait plaisam-

(1) Alexander, *Médical Times and Gaz.*, avril 1882.

(2) Adams, *Glasgow Medical Journal*, juin 1882, p. 437.

ment remarquer Doléris (1), satisfaire toutes les prétentions en disant : *L'opération d'Alquié-Aran-Deneffe-Soupart - Burggræve - Revington - Freund - Schultze - Alexander - Adams*, etc., en y ajoutant le nom de tous les chirurgiens qui l'ont exécutée jusqu'ici, nous nous bornerons à associer au nom d'Alquié celui d'Alexander, qui, le premier, exécuta avec succès le procédé et publia les résultats obtenus.

Toutefois, il est juste de réserver le premier rang à celui auquel revient le mérite de l'invention. Alexander, il est vrai, a affirmé n'avoir connu ni la communication faite par Alquié en 1840, ni la proposition que fit Aran en 1850 d'employer ce procédé pour traiter à la fois les rétrodéviations et le prolapsus, ni enfin la tentative de cette opération faite par Deneffe en 1864. Pourtant, il lui eut été facile de les connaître, puisque Tillaux (2), dans son *Traité d'Anatomie topographique*, dont la première édition remonte au mois d'avril 1877, écrivait après avoir énoncé les idées d'Alquié et d'Aran sur les résultats du raccourcissement des ligaments :

« Je ne sache pas que la pratique soit venue confirmer » ces idées purement théoriques. »

Nous ne mettons point en doute la parole du docteur Alexander et son mérite n'en est que plus grand. C'est un devoir néanmoins, de rendre surtout hommage à l'idée ingénieuse d'Alquié, émise quarante-deux ans auparavant,

(1) Doléris, *Nouvelles Archives d'Obstét. et de Gynéc.* 25 janvier 1886, p. 17.

(2) Tillaux, *Traité d'Anatomie topogr.*, p. 894.

c'est-à-dire à une époque où les données physiologiques sur les organes génitaux étaient encore assez rudimentaires, ce qui rendait plus admirable sa judicieuse conception.

Nous devons donc conserver au raccourcissement des ligaments ronds le nom qu'on lui a déjà donné, et l'appeler désormais l'opération d'*Alquié-Alexander*.

Nous ne pouvons terminer l'historique de cette opération, sans ajouter que M. le professeur Duplay (1) fut le premier à la vulgariser en France.

(1) Duplay, Thèse Manrique, 1886, p. 123.

CHAPITRE III

Indications de l'Alquié-Alexander

Avant d'examiner les états pathologiques auxquels le raccourcissement des ligaments ronds est susceptible de remédier, il ne paraît pas inutile d'étudier quelles sont les conséquences physiologiques de ce raccourcissement.

Nous avons vu comment l'utérus est maintenu dans sa position normale au milieu de la cavité pelvienne. Les ligaments larges formant une cloison transversale, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, soutiennent l'utérus dans cette même obliquité ; puis les ligaments ronds fixés au voisinage du fond de l'organe exercent sur lui une action directe pour l'attirer en avant. Il faudra donc une laxité notable de ces ligaments pour permettre au fond de l'utérus de décrire autour de son col comme centre l'arc de cercle nécessaire à sa rétroversion. Mais il est aisé de comprendre que pour ramener la matrice en bonne position, une traction exercée en avant dans la direction même des ligaments ronds, doit avoir une efficacité indiscutable. Cette efficacité sera la même pour maintenir réduite la rétroflexion.

La traction faite sur les ligaments ronds aura encore une action, plus complexe il est vrai, mais non moins utile,

dans le cas de prolapsus. En effet, le fond de l'utérus à l'état normal ne dépasse pas en hauteur le plan du détroit supérieur de plus de 2 ou 3 centimètres, et comme le ligament rond ne s'insère pas sur le point culminant de l'organe, il s'ensuit que ce ligament possède dans sa première partie une direction presque horizontale. Mais il n'en est plus de même lorsque s'est produit le prolapsus : dans ce cas, l'insertion utérine du ligament rond se trouve abaissée et l'orifice interne du canal inguinal dans lequel il s'engage demeurant un point fixe, le ligament devient fortement oblique en bas et en arrière et la traction exercée sur son extrémité inguinale tend évidemment à élever la matrice.

Le raccourcissement des ligaments ronds pourra donc agir avec plus ou moins d'efficacité dans la rétroversion, la rétroflexion et le prolapsus. Nous allons examiner successivement chacun de ces cas.

Cependant, nous devons d'abord poser une restriction qui les concerne tous : l'opération ne pourra produire ses résultats que sur un utérus mobile. Dès lors, si ce dernier est fixé un peu solidement par des adhérences inflammatoires dans une position vicieuse, il n'y a pas à espérer le ramener à sa situation normale par une traction sur ses ligaments. Le plus souvent, il sera facile avec le toucher vaginal, surtout avec le palper bimanuel, de se rendre compte si la rétroversion est réductible ; dans quelques cas, il sera nécessaire de se servir de l'hystéromètre pour tenter la réduction : toutefois ces manœuvres devront être faites avec une grande prudence.

Dans le cas de prolapsus, rien de plus aisé que de s'assurer s'il est possible avec le doigt de faire remonter l'utérus à travers le conduit vaginal.

S'il existe seulement quelques tractus filamenteux reliant la face postérieure de la matrice à la face antérieure du rectum, un léger massage de l'utérus parviendra souvent à les détruire et à mobiliser l'organe.

RÉTROVERSION

Les rétrodéviations sont de beaucoup les déviations les plus fréquentes de l'utérus (1). Suivant Delbet, l'utérus est en rétroversion, toutes les fois que la vessie étant vide, son axe longitudinal fait avec l'axe du détroit supérieur, un angle ouvert en haut et en arrière. Cet angle est toujours très obtus, car le plan de suspension de l'utérus étant situé au-dessous de son centre de gravité, l'organe est dans un équilibre instable et aussitôt qu'il a dépassé en arrière l'axe du détroit supérieur, la pression abdominale agissant sur sa face antérieure le rejette en arrière jusqu'à ce qu'il ait atteint la paroi postérieure du bassin. Le fond de l'utérus correspond alors aux dernières vertèbres sacrées et peut même atteindre le coccyx ; il ne peut toutefois descendre plus bas, car il est arrêté par le plancher pelvien.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre vite le col dont l'orifice externe regarde directement dans l'axe du vagin, il ne trouve plus le corps de l'utérus en explorant le

(1) Duplay et Reclus, *loc. cit.*, T. VIII, p. 508.

cul-de-sac antérieur, tandis que dans le cul-de-sac postérieur, il peut l'atteindre avec une extrême facilité.

La rétroversion présente deux symptômes que l'on pourrait presque dire pathognomoniques de l'affection.

La première est une douleur sacrée beaucoup plus pénible dans le décubitus dorsal. La malade recherche des attitudes spéciales pour calmer cette douleur ; elle se couche fortement sur le côté, quelquefois même sur le ventre.

La seconde est une pesanteur au-dessus de l'anus, produisant comme un continuel besoin d'aller à la garde-robe.

De plus, il existe dans la rétroversion des troubles communs avec beaucoup d'autres affections utérines. Les selles sont pénibles et douloureuses, les hémorroïdes sont fréquentes et lorsque le col utérin est hypertrophié, on constate souvent des troubles vésicaux.

La femme accuse une sensation de pesanteur et de tiraillement dans la région lombaire, et des irradiations douloureuses assez fréquentes dans le bassin, la paroi abdominale, les flancs, les reins, les cuisses.

La station debout et les marches prolongées deviennent insupportables.

L'utérus dévié est le siège d'une congestion intense. En effet, le plexus utéro-ovarien, placé entre les deux feuillets séreux du ligament large, se trouve comprimé et tirailé, et la circulation en retour y est compromise ; d'où l'organe se fait de plus en plus volumineux et pesant.

Souvent, on voit apparaître des menstruations profuses

et la leucorrhée ; quelquefois, au contraire, la dysménorrhée ou l'aménorrhée.

La rétroversion est une cause de stérilité relative ; elle peut produire aussi l'enclavement en cas de grossesse.

Les ovaires entraînés par les ligaments larges sont susceptibles de tomber dans le cul-de-sac de Douglas et d'être comprimés très douloureusement surtout pendant le coït.

Enfin, des troubles nerveux de toute sorte se manifestent parfois, sous forme de vomissements incessants, d'hystérie, d'asthénie, de dépression morale, d'hypochondrie et les pauvres malades sont condamnées à traîner une existence véritablement misérable.

Telle est la série encore incomplète des symptômes variés et pénibles auxquels le redressement de l'utérus peut rapidement remédier ; et dans ce but l'opération d'Alquié-Alexander pourra très souvent être employée avec un plein succès.

Parfois, les symptômes de la rétroversion, assez douloureux au début, s'atténuent suffisamment pour ne plus troubler la santé et le bien-être de la femme. Même dans ces conditions Trélat ne veut pas négliger cette affection et la considérer comme insignifiante. Si elle est réductible elle est, dit-il, fatalement condamnée à s'aggraver par l'établissement d'adhérences ; puis elle a de grandes chances de redevenir douloureuse. Il conseille donc le traitement.

Lorsqu'une rétroversion, ce qui est rare à la vérité, ne produit aucune douleur et aucune gêne dans les fonctions

de la vie, elle n'est jamais passible du traitement chirurgical. C'est le conseil de M. le professeur Tillaux (1) :

« Il est bien entendu que l'on ne traitera les rétrodéviations que si les malades en éprouvent un inconvénient quelconque. »

RÉTROFLEXION

Il y a rétroflexion lorsque le corps de l'utérus fait avec le col un angle plus ou moins aigu ouvert en arrière. Au début, la rétroflexion peut être réductible mais rapidement, en plus des adhérences pathologiques dont nous avons déjà signalé la fréquence, il survient des modifications nutritives produisant une hyperplasie de l'une des parois ou quelquefois même un épaissement du péritoine, formant de véritables brides à l'angle de flexion et l'utérus est difficile à redresser ; puis, dès qu'on cesse de le maintenir, il revient de suite à son attitude vicieuse.

Le doigt constate assez facilement la rétroflexion par le toucher vaginal. Aussitôt qu'il a quitté la face postérieure du col, il tombe sur une tumeur lisse et arrondie de consistance pâteuse séparée de ce col par un sillon souvent trop creux pour qu'il puisse en explorer la profondeur.

La rétroflexion est presque toujours associée à la rétroversion et présente la plupart de ses symptômes douloureux.

(1) Tillaux, *Traité de Chirurgie clinique*, 1890, t. II, p. 499.

L'Alquié-Alexander pourra incontestablement être efficace comme traitement de la rétroflexion à son début, c'est-à-dire au moment où le redressement est encore facile, puisque la traction s'exercera sur l'utérus presque au lieu d'élection pour avoir une action utile et énergique.

Mais il sera également utile à une période plus avancée, lorsque l'utérus déjà en rétroversion légère sera susceptible d'être ramené sans trop de violence à sa position normale; auquel cas l'élasticité des ligaments ronds exerçant une traction continue aura tendance à développer dans les parois de l'utérus des modifications inverses de celles produites par l'attitude pathologique.

L'opération est, au contraire, formellement contre-indiquée toutes les fois que le corps de l'utérus est immobilisé par des adhérences.

PROLAPSUS

Le prolapsus est l'abaissement de l'utérus en totalité; il est donc bien distinct de l'allongement hypertrophique du col décrit par Huguier, en 1860 (1). Les conséquences sont semblables parfois au point de vue de la situation du col, lequel peut dans les deux cas parvenir à la vulve et même la dépasser, mais il y a une différence au sujet du traitement. En effet, l'allongement hypertrophique lorsqu'il existe seul, guérit le plus souvent par une simple amputation du col, laquelle suffit pour déterminer un prompt

(1) Huguier. Mémoire à l'Académie de Médecine, 1860.

travail de régression. Notons en passant toutefois que l'hypertrophie isolée du col est rare et, comme le fait observer le professeur Trélat (1), la cause ordinaire du prolapsus est une insuffisance congénitale ou acquise des moyens de contention de l'utérus et du vagin à laquelle vient se joindre un excès de pression abdominale ayant pour effet de pousser la matrice à travers le vagin comme une hernie à travers le canal inguinal. Seulement il existe un premier temps absolument essentiel, c'est la rétroversion ; pour que l'organe s'engage, il doit se présenter dans l'axe du vagin et pour cela il faut tout d'abord une laxité suffisante de ses ligaments.

La rétroversion sera donc fatalement liée au prolapsus.

Quant à l'allongement du col, qu'il soit la conséquence ou la cause du prolapsus, il accompagne très fréquemment ce dernier.

L'abaissement de l'utérus a pour résultat d'entraîner dans sa descente le fond du vagin, mais encore plus souvent la chute de la matrice est occasionnée par le prolapsus vaginal. Les moyens de contention de l'extrémité inférieure du vagin venant à faire défaut, ce conduit s'abaisse en même temps que la vessie en avant et quelquefois avec le rectum en arrière, puis il entraîne dans sa chute l'utérus dont les ligaments, s'ils résistent tout d'abord, finissent à la longue par céder sous la traction continue qui vient joindre ses effets à ceux de la pression déjà excessive par instants de la masse intestinale.

(1) Trélat. *Clin. chir.*, T. II, p. 621.

Les conditions dans lesquelles se présentera le prolapsus pourront donc être diverses et dès lors les moyens d'y remédier devront être variables.

L'Alquié-Alexander semble suffire à guérir un prolapsus réductible avec un col modérément allongé et sans abaissement du vagin. En effet, l'utérus solidement attiré par les ligaments ronds, viendra prendre sur la vessie son point d'appui naturel. Dans cette situation, il n'aura plus aucune tendance à s'engager dans le vagin, et on le verra promptement diminuer de volume, s'il était congestionné par suite de sa position vicieuse. Le professeur Trélat dit pourtant (1) que l'Alexander a peu d'action sur le prolapsus ; seulement son affirmation est faite d'une façon générale et elle reste applicable aux cas les plus nombreux, où cette intervention ne peut à elle seule donner un résultat définitif.

Lorsqu'au prolapsus de l'utérus viendra se joindre soit une hypertrophie accentuée du col, soit une métrite augmentant le volume de l'organe, le raccourcissement des ligaments sera encore justifié et offrira tout autant d'utilité, à la condition de pratiquer simultanément l'amputation du col ou le curettage de la cavité utérine. Il ne sera pas pour cela inférieur à l'hystéropexie, car, Pozzi (2) écrivait en 1888 : « L'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même que dans les cas relativement rares, où l'utérus non augmenté de volume forme seul le pro-

(1) Trélat. *Semaine médicale*, 1889, p. 110.

(2) Pozzi, *Gazette Médicale de Paris*, 15 déc. 1888.

lapsus. Dans les autres cas une opération complémentaire sera nécessaire. »

Enfin toutes les fois que les organes génitaux seront prolapsés, suivis dans leur chute par la vessie et même par un segment du rectum, l'Alquié-Alexander ne pourra être conseillé seul, mais restera l'auxiliaire tout indiqué de la colpo-périnéorrhaphie et la colporrhaphie antérieure.

La raison en semble évidente ; si le périnée n'offre plus aucune résistance, on ne peut prétendre confier aux ligaments ronds le soin de soutenir le poids de tous les organes pelviens, sur lesquels trop souvent s'exerce, comme on l'a vu, une violente pression. Mais aussi l'intervention sur les ligaments ronds, demeurera le complément essentiel de la réfection du périnée ; car l'utérus, s'il n'est rétabli dans sa position normale, tendra peu à peu à glisser à travers le conduit vaginal, dans l'axe duquel il demeurera forcément engagé.

Telle est d'ailleurs l'opinion de M. Richelot (1). Il déclare que dans le prolapsus utérin l'opération d'Alexander peut être indiquée toutes les fois que l'on juge utile de venir en aide par un acte complémentaire aux divers procédés de colporrhaphie.

(1) Richelot, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1889, p. 272.

CHAPITRE IV

Reproches adressés à l'Alquié-Alexander

On a accusé cette opération *d'être incertaine*, sous le prétexte qu'il est quelquefois impossible de trouver les ligaments ronds et qu'on peut les casser après les avoir trouvés.

Pour répondre à cette accusation, laissons la parole à M. le professeur Delbet (1) :

« Ces reproches ne sont peut-être pas justifiés. Comme
» je ne sache pas qu'on ait signalé anatomiquement un
» seul cas d'absence des ligaments ronds, si on ne les
» trouve pas c'est qu'on ne les cherche pas bien. Quand on
» a quelques difficultés à les rencontrer au niveau de l'ori-
» fice externe du canal inguinal, il suffit d'inciser la paroi
» antérieure de ce canal pour les trouver un peu plus
» haut, où ils sont plus forts, étant moins éparpillés.
» Quelques chirurgiens ont cassé les ligaments. Je pense
» que dans un certain nombre de cas, souvent peut-être,
» cet accident peut être attribué à une insuffisance de
» diagnostic. On avait cru réductible une retroversion qui

(1) Duplay et Reclus. *Trait. de Chir.*, t. VIII, p. 522.

» ne l'était pas. Il en a été ainsi, au moins dans un cas que
» j'ai observé. J'ai vu un ligament rond casser entre les
» mains d'un chirurgien habile. Trois jours après j'ai exa-
» miné la malade et j'ai pu constater que l'utérus était
» complètement adhérent. En effet, quand l'utérus est
» mobile et réduit, les ligaments viennent avec une extrême
» facilité, presque sans traction. »

Nous ne saurions rien ajouter à la réponse de M. Delbet : si on ne peut trouver les ligaments, c'est qu'on ne sait pas les chercher ; si on les casse, c'est qu'on a fait un insuffisant diagnostic. Et nous sommes trop heureux de pouvoir nous retrancher derrière son autorité. Cependant il ne faudrait pas peut-être se montrer trop affirmatif sur ce point. Le professeur Tillaux (1) écrivait, en 1890, que l'on n'était pas toujours certain de trouver les ligaments ronds. Le fait doit être rare probablement, mais nous connaissons, pour notre part, un cas où un chirurgien, pourtant habitué à leur recherche, ne put découvrir qu'un seul des ligaments ; ce qui n'empêcha pas du reste l'utérus d'être bien fixé par son raccourcissement.

Quelques chirurgiens considèrent l'Alquié-Alexander *comme trop compliqué*.

C'est assurément une opération minutieuse. La recherche des ligaments demande un peu d'attention et leur dissection doit être faite avec patience et délicatesse ; mais l'opération en elle-même ne présente aucun danger, ses points

(1) Tillaux, *loc. cit.*, t. II, p. 502.

de repaire sont précis et elle est à la portée de tout chirurgien un peu adroit. On ne saurait nier toutefois qu'elle demande un certain temps, le même travail devant s'exécuter successivement des deux côtés; mais elle n'est pas plus longue que maintes autres interventions. Et du reste est-il permis à l'opérateur de marchander son temps, s'il doit y avoir plus de sécurité et de profit pour la malade?

On est allé jusqu'à prétendre que l'Alquié-Alexander *n'était pas physiologique*.

La définition même de l'opération suffit à réfuter ce grief. Les ligaments ronds, en effet, dans les cas où nous prétendons devoir intervenir, ne sont plus susceptibles de maintenir en position normale le fond de l'utérus, soit par défaut de résistance, soit par excès de longueur. Notre but sera justement de raccourcir ces ligaments et de les employer dans leur partie la plus solide, en prenant soin dans leur partie faible de suppléer artificiellement à cette faiblesse.

Nous utilisons ainsi les ligaments naturels, nous respectons leur position dans la cavité pelvienne. Quoi de plus physiologique?

Enfin, ce qui est plus sérieux, on reproche à l'opération d'Alquié *d'être insuffisante*.

Ici les simples arguments deviennent sans valeur et l'expérience seule peut répondre d'une manière acceptable. Nous devons, bien entendu, envisager l'opération telle qu'elle fut préconisée par Alexander, nous réservant de

l'étudier à nouveau une fois modifiée par l'addition des modifications nouvelles ayant justement pour but principal d'augmenter sa solidité.

Qu'il nous soit donc permis de citer quelques statistiques de la méthode ancienne.

En février 1886, c'est-à-dire quatre ans seulement après les premières opérations d'Alexander, Manrique, dans sa thèse de doctorat, rapportait que 124 opérations avaient déjà été pratiquées et que dans 7 cas la déviation ou le déplacement de l'utérus s'étaient reproduits. C'était un succès remarquable pour cette époque, car les indications de l'opération n'étaient pas encore nettement établies et les procédés opératoires devaient à coup sûr laisser un peu à désirer.

En 1892, Delbet (1) nous dit avoir réuni 213 cas sur lesquels il n'y eut qu'un insuccès de signalé ; dans tous les autres l'utérus se maintint réduit. La guérison fut constatée une fois au bout de deux mois, dans 181 cas au bout de quatre à douze mois, une fois au bout de dix-sept mois, quatorze fois après deux ans ou davantage, dans quinze autres cas les résultats publiés étaient immédiats.

Cette statistique n'a pas besoin de commentaires et quelques-unes de ces opérations ont amené une guérison bien définitive, puisque quatorze ont été constatées après 2 ans au moins.

Pourquoi donc beaucoup de chirurgiens n'ont-ils pas à enregistrer de semblables succès ? Il est à croire qu'ils

¹ Delbet, *loc. cit.*

auront appliqué l'opération à des cas défavorables ou ne l'auront pas complétée par la restauration souvent indispensable du périnée. Nous ne saurions mieux faire que de résumer ici la première observation de la thèse de Manrique (1) communiquée par Alexander lui-même, car elle montre assez clairement combien le succès de cette opération dépend de son judicieux emploi;

Il s'agit d'une femme de 35 ans, souffrant d'un prolapsus complet de l'utérus, compliqué de cystocèle très marquée et d'un certain degré de rectocèle; les pessaires sont expulsés aussitôt après leur introduction. Un chirurgien de Liverpool fait une tentative de raccourcissement des ligaments ronds et ne peut ramener l'utérus à sa place normale, il conclut de là à l'existence d'adhérences qui immobilisent l'utérus. Le 2 juin 1885, elle entre dans le service d'Alexander qui constate les faits suivants: l'utérus sort facilement à travers l'orifice vulvaire et pend entre les cuisses sur une longueur de 6 pouces (13 centimètres), la marche est très douloureuse, la miction difficile; la cystocèle et la roctocèle sont très développées.

L'utérus étant mobile, on décide une nouvelle intervention sur les ligaments ronds; le gauche est seul trouvé et raccourci de 6 centimètres; le droit noyé dans la cicatrice de la première opération, demeure introuvable. La malade, une fois guérie de cette opération, on pratique le 2 juillet élytrorrhaphie et colporrhaphie, afin de ne pas laisser au seul ligament raccourci la charge de supporter la cystocèle

(1) Manrique, Thèse Paris, 1886.

et la rectocèle, qui dépassent encore la vulve, malgré la position normale de l'utérus.

Le 7 septembre la malade quitte l'hôpital.

Le 24 décembre elle fait savoir à son chirurgien qu'elle est en parfaite santé et ne ressent plus aucun trouble. Le vagin est celui d'une vierge, le col est à sa place normale.

Si l'on s'en était tenu à l'intervention du chirurgien de Liverpool, la réclame était assurément mauvaise pour l'opération d'Alquié-Alexander ! Or ce cas n'est pas unique, on peut l'affirmer ; et ce sont peut-être souvent de semblables faits, qui ont conduit certains opérateurs, à abandonner le procédé d'Alquié.

CHAPITRE V

Procédés divers pour remédier aux rétrodéviations utérines; avantages de l'Alquié-Alexander

Nous ne parlerons à dessein que des interventions chirurgicales, ne voulant point apprécier ici les différentes variétés de pessaires, auxquelles les génies les plus inventifs se sont efforcés d'apporter des modifications sans pouvoir les rendre acceptables pour une contention définitive.

Gaillard Thomas, qui a pourtant inventé quelques pessaires, disait lui-même devant la Société gynécologique de New-York : « Je ne saurais répondre catégoriquement à qui me demanderait si les pessaires font plus souvent du bien que du mal ! »

Hamilton (1) n'émet pas une opinion plus favorable : les pessaires, pour lui, n'agissent que comme palliatifs ; ils irritent le vagin, exercent sur les organes pelviens une compression nuisible ; ils sont malpropres et peuvent arriver à être dangereux ; ils sont inapplicables en cas de déchirure du périnée.

(1) Churchill. *Maladies des Femmes*, trad. Leblond.

Segond (1) dit : les pessaires, si bien appliqués qu'ils soient, sont des hôtes plus ou moins gênants et leurs inconvénients ont une évidence particulière, lorsqu'il s'agit d'une femme encore jeune. Leur emploi nécessite des soins extrêmes de propreté qui font qu'on ne peut les recommander aveuglément.

Nous ne pouvons contester ces appréciations, cependant nous concéderons aux pessaires une certaine utilité comme moyens provisoires ; et même nous les conseillerons chez certaines névropathes pour vérifier, avant l'opération, si le redressement de l'utérus calme les douleurs dont elles se plaignent.

Parmi les procédés chirurgicaux inventés pour maintenir l'utérus une fois qu'il est réduit, il en est quelques-uns à peu près abandonnés ; nous les citerons cependant pour mémoire.

La fixation du col à la paroi postérieure du vagin a été pratiquée, soit par une bride cicatricielle au moyen d'une cautérisation au fer rouge (Amussat) (2), soit au moyen d'une suture (Richelot père) (3).

On a effectué le *raccourcissement du cul-de-sac postérieur* en faisant une colporrhaphie rétro-cervicale (Dolérís) (4).

Dans ces opérations le point d'appui est insuffisant et

(1) Segond, *Soc. de Chir.*, 27 mars 1889, p. 266.

(2) Amussat. Note sur un nouveau moyen de guérir la rétroversion utérine. *Gaz. méd.*, Paris, 1850, p. 159.

(3) Richelot père. *Union méd.* 1868, n° 58 et 59.

(4) Dolérís. *Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 3, p. 23.

Trélat les juge d'un mot en disant qu'on ne plante pas un clou dans une tenture.

On a tenté la fixation de la matrice par adhérences des deux faces péritonéales du cul-de-sac de Douglas. En soudant ainsi l'utérus à la paroi pelvienne postérieure, on avait ce que Pozzi appelle la *colpohystéropexie pelvienne postérieure* (Stratz) (1).

Olshausen (2), au Congrès de Halle, a fait remarquer qu'en produisant des adhérences de la face postérieure du col avec la paroi postérieure du bassin, on remplace une infirmité par une autre, puis on peut amener des troubles de la défécation.

Schücking (3) eut le premier l'idée de fixer la paroi antérieure de l'utérus à la cloison vésico-utérine au moyen d'un fil entrant dans le canal utérin, sortant à travers la paroi antérieure de l'utérus et revenant dans le vagin après avoir traversé le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et la cloison vésico-utérine. Frank (4) a proposé une amélioration : il incise profondément le cul-de-sac vaginal entre la vessie et l'utérus, refoule le péritoine et réunit les surfaces ainsi avivées. Ce procédé a pour résultat de transformer la rétroversion en antéversion et il expose à blesser la vessie. Il a cependant produit de bons effets d'après Schücking qui a réuni 217 cas sans une seule mort.

(1) Stratz. *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, vol. XXI, p. 2.

(2) Olshausen. *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 181 et 682.

(3) Schücking. *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 181 et 682.

(4) Frank. Congrès des natural. allemands à Cologne.

Cette opération n'est pas applicable au prolapsus accompagné de cystocèle, puisque le plan de fixation est lui-même prolapsé et elle serait probablement dangereuse dans le cas de prolapsus simple où le poids de l'utérus finirait par entraîner la vessie.

Du reste, cette intervention est incontestablement anti-physiologique et la suture de ces deux organes ne peut exister sans causer des tiraillements, particulièrement dangereux pendant une grossesse.

Frommel (1) (d'Erlangen), en 1889, raccourcit les ligaments utéro-sacrés.

Delbet (2) juge cette opération comme très physiologique, mais plus théorique que pratique.

Von Rabeneau (3), en 1886, pratiqua pour la première fois l'*hystéropexie vaginale*. Il avait pour but de raccourcir la paroi antérieure de l'utérus. Pour cela il fendait le col des deux côtés sur une hauteur de un centimètre, puis il ouvrait le cul-de-sac antérieur, afin de décoller la vessie de l'utérus; il excisait la paroi antérieure de l'utérus dans une étendue de 4 centimètres, puis enfin faisait des sutures comprenant la paroi vaginale et la plaie utérine. Il terminait en fermant les incisions latérales du col.

Sa méthode fut reprise et modifiée par bon nombre d'opérateurs, et en dernier lieu par Richelot qui la perfectionna. Merlet (4) expose le procédé du chirurgien de

(1) Frommel. *Arch. f. gynæk.*, 1889, p. 538.

(2) Deplay et Reclus, *loc. cit.*, p. 523.

(3) Von Rabeneau, *In Berlin Klin. Wochenschr.*, 1886, p. 284.

(4) Merlet, Thèse de Doctorat, Paris, 1899.

l'hôpital Saint-Louis. Il consiste à fixer l'utérus aux lèvres de la plaie faite en ouvrant le cul-de-sac antérieur du vagin. Cet accolement est pratiqué au moyen de trois points de suture échelonnés au-dessous des cornes utérines sans descendre plus bas que l'isthme ; il évite ainsi les récidives qui peuvent se présenter avec une simple fixation du col, et la dystocie qui, en cas de grossesse, résulte d'une fixation du fond de l'utérus.

Fournier (1), d'Amiens, soutient cette méthode qu'il a pratiquée vingt fois.

Cette opération a l'avantage de permettre d'explorer les annexes et au besoin de détruire des adhérences en introduisant le doigt par la plaie vaginale ; mais elle semble inférieure à l'Alexander comme résultat définitif, surtout au point de vue de l'accouchement.

Si nous nous en rapportons aux recherches faites par M. Demelin (2), ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, nous trouvons que sur 95 grossesses, à la suite d'hystéropexie vaginale, il y a eu 19 avortements, nécessitant parfois des interventions très graves ; il s'est présenté des troubles vésicaux très fréquents ; et il a fallu pratiquer trois fois l'opération césarienne et six fois la version.

L'hystéropexie abdominale antérieure avait été imaginée dès 1859 par Marion Sims qui l'effectuait sans ouvrir le péritoine. Il maintenait le fond de l'utérus au contact de la paroi abdominale, à l'aide d'une main introduite dans

(1) *Semaine Médicale*, 29 août 1900, p. 296.

(2) Demelin, *Normandie Médicale*, 1^{er} février 1897, p. 39.

le vagin, puis au moyen d'une aiguille courbe il le fixait à travers toute la paroi abdominale. C'était ainsi une opération aveugle, dangereuse, et comme elle nécessitait malgré tout une parfaite mobilité de l'utérus, elle ne valait pas l'Alexander, bien plus bénin, bien mieux réglé et tout aussi efficace (Delbet) (1).

Lawson-Tait, le premier, le 20 février 1880, après ablation des ovaires, fixa directement par une suture le fond de l'utérus à la paroi abdominale; il fit ainsi *l'hystéropexie abdominale intra péritonéale*, qui fut ensuite proposée par Olshausen (2) comme méthode régulière pour le traitement de la rétroversion.

Cette méthode présente l'inconvénient de suspendre l'organe à la paroi abdominale au moyen d'adhérences rigides qui exercent des tiraillements constants, devenant particulièrement pénibles à l'époque de la congestion menstruelle.

Puis les conséquences de cette opération sont mauvaises au point de vue de la grossesse.

Nous emprunterons à une revue de M. Demelin une statistique sur les suites de la grossesse après l'hystéropexie abdominale. Ce travail ne peut être suspect de prévention contre l'hystéropexie abdominale, car il est rapporté par M. Albert Martin (3), professeur de clinique obstétri-

(1) Delbet, *loc. cit.*, p. 524.

(2) Olshausen, *Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 698.

(3) Albert Martin, *Normandie Médicale*, 1^{er} février 1897, p. 37.

cale à Rouen, dans le but de démontrer la supériorité de cette intervention sur l'hystéropexie vaginale antérieure.

M. Demelin a réuni 127 cas de grossesse après hystéropexie abdominale, et cette dernière a dû être incriminée quatorze fois comme cause d'avortement. Il y a eu pendant la grossesse des opérées, le plus souvent des douleurs siégeant au niveau des adhérences utéro-pariétales et provoquées par des tiraillements de l'utérus gravide sur la cicatrice ; plus rarement des hémorragies pour cause de décollement placentaire ; exceptionnellement des vomissements incoercibles et de la cystite.

L'accommodation a été gênée quatre-vingt-quinze fois sur cent, mais il n'y a eu présentation de l'épaule que trois fois sur cent.

Il a existé un peu d'inertie utérine et cependant on a eu quatre-vingts expulsions spontanées sur quatre-vingt-quatorze accouchements.

Enfin, après les couches, six fois sur quarante-neuf la rétroversion se reproduisit ; et seize fois sur quarante-neuf l'utérus fut retrouvé en bonne position, mais sans adhérences perceptibles avec la paroi abdominale.

En résumé, M. Demelin considère en obstétrique l'hystéropexie comme un cas de pathologie.

Cependant il conviendrait de faire ici une distinction suivant le genre d'hystéropexie, car Delbet, en fixant seulement la paroi antérieure de l'utérus et non le fond, qu'il laisse libre, dit que la grossesse et l'accouchement se font sans encombre. Il en a eu plusieurs exemples personnels.

Toutefois, d'après lui, le fœtus a tendance à prendre une position transversale.

Le Dr Blan (1), de Lyon, en exposant les avantages du procédé opératoire du professeur Laroyenne au point de vue de la grossesse et du travail, après l'hystéropexie abdominale antérieure, fait observer que le fond de l'utérus fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement de l'organe pendant les six premiers mois. De plus, sur la coupe congelée d'une femme en travail, le professeur Laroyenne a constaté que l'orifice de la trompe se trouve sur un plan très antérieur par rapport à l'axe utérin ; d'où l'on doit conclure que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure. En conséquence, il énonce la règle suivante : les sutures devront toujours être placées sur la face antérieure de l'organe un peu au-dessous de la ligne passant par les ouvertures des trompes sans empiéter sur les faces latérales.

Peut-être l'opération effectuée dans ces dernières conditions est-elle moins néfaste dans ses suites au point de vue de la grossesse ; nous sommes néanmoins porté à admettre les conclusions de Noble (2), de Philadelphie, qui après avoir établi la valeur très réelle de l'hystéropexie au point de vue du redressement de l'utérus, se dit obligé de reconnaître que cette opération prédispose d'une façon sensible à l'avortement, qu'elle rend le travail de l'accouchement souvent difficile, parfois périlleux pour la mère

(1) Blan. *Écho médical de Lyon*, 15 octobre 1898, p. 297.

(2) Noble. *Americ. Journ. of. obstét.*, 1896, n° 2.

et l'enfant et qu'en définitive, l'opération d'Alquié doit être employée de préférence dans les rétrodéviations sans adhérences. Cette dernière opération, en effet, ne trouble pas la grossesse et ne paraît pas modifier le travail de l'accouchement.

Kœberlé, nous l'avons déjà dit, avait accidentellement, en 1869, exécuté une hystéropexie au moyen du pédicule d'un ovaire, chez une femme laparotomisée pour un iléus. Sims et Schröder, en 1879, firent des opérations analogues. Puis enfin, en août 1897, au Congrès de Moscou, le Dr Beck (1), de New-York, exposa son procédé d'*hystéropexie des ligaments ronds*. Ce procédé peut être ainsi résumé :

Il place sa malade dans la position de Trendelenburg, fait une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche, ouvre la cavité péritonéale, saisit le fond de l'utérus avec une pince de Museux, l'attire au niveau de la plaie, examine les annexes, recherche un ligament qu'il isole en incisant le ligament large, referme la boutonnière du ligament large, puis engage dans la plaie abdominale l'anse formée par cette portion de ligament en suturant au-dessous d'elle le plan profond. Cette anse elle-même est suturée dans l'épaisseur du derme, en fermant la plaie.

Cette opération est, paraît-il, d'une très grande solidité ; son exécution est facile, elle laisse l'utérus assez libre en cas de grossesse et elle a, en outre, l'avantage de permettre l'exploration des annexes ; mais elle présente les inconvé-

(1) Beck. Congrès de Moscou, août 1897.

nients inhérents à la laparotomie et semble devoir être réservée aux cas où l'on est obligé d'explorer la cavité abdominale pour cause d'adhérences ou d'annexes pathologiques.

Du reste, dans une thèse de Naulleau (1), consacrée à l'étude de la ligamentopexie (Paris 1899), et dans laquelle il vante, avec raison, le procédé de Beck, nous trouvons cette concession fort juste accordée au procédé d'Alquié : le raccourcissement extra-abdominal de l'Alexander réservé aux rétrodéviations mobiles est l'opération de choix, et le discrédit dont elle a joui pendant quelques années, ne reconnaît comme cause, que la multiplicité des affections pour lesquelles elle a été inconsidérément employée, sans succès d'ailleurs.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds après laparotomie, d'après Marcel Baudouin (2), semble devoir être attribuée à Wylie, de New-York, et à Ruggi, de Bologne, qui l'exécutait vers la même époque (1886).

Cette opération a été défendue par Stankewicz (3), de Lodz, au 13^e Congrès International des Sciences Médicales, tenu à Paris, en août 1900. Il dit, sur vingt-sept cas de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, avoir eu vingt-cinq guérisons complètes ; un insuccès immédiat et une récurrence après grossesse et accouchement ; six de ces opérées, devenues enceintes, n'ont présenté aucun trouble,

(1) Naulleau, Thèse de Doctorat, Paris, 1899, p. 5.

(2) Marcel Baudouin, *Hystéropexie abdom. antér.*, Paris, 1890, p. 178.

(3) Stankewicz, *Semaine médic.* du 29 août 1900, p. 297.

ni pendant la grossesse, ni au moment du travail. Quand l'utérus n'est pas trop élevé, *il pratique l'opération par le cul-de-sac antérieur du vagin*, il attire chaque ligament le plus possible, le replie sur lui-même et maintient la plicature par une anse de catgut. Lorsque l'utérus est trop haut situé, il fait le raccourcissement par laparotomie.

Schwartz (1), au même Congrès, vante les avantages de cette opération qu'il pratique par laparotomie, et en suturant en plus, avec de la soie fine, les bords de l'anse des ligaments ronds, déjà liée avec du catgut. Il a fait ainsi cinq opérations et a obtenu cinq succès. Il considère cette intervention comme l'opération de choix contre les rétro-déviationes utérines.

Hartmann (2) confirme entièrement cette opinion, il intervient aussi par la voie abdominale, mais en prenant soin de faire une incision parallèle au bord du pubis, avec une légère incision verticale sur la ligne blanche, afin d'éviter une cicatrice visible. Il ramène le ligament rond au-devant de l'utérus, le fixe au point de l'organe où il pourra exercer une traction réductrice, dans la direction la plus favorable.

Jonnesco (3) soutient également le raccourcissement intra-péritonéal.

En présence de semblables défenseurs, nous ne pouvons discuter la valeur de cette opération; mais comme elle

(1) Schwartz, *Sem. méd.*, 29 août 1900, p. 297.

(2) Hartmann, *Sem. méd.*, *loc. cit.*

(3) Jonnesco, *Sem. méd.*, *loc. cit.*

nécessite l'ouverture du péritoine, elle n'est pas à conseiller dans le cas d'un utérus mobile ; car, Segond dit judicieusement : les interventions graves comme la laparotomie et l'hystérectomie, doivent toujours être scrupuleusement réservées aux femmes, chez lesquelles, il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice.

En résumé, il existe aujourd'hui trois méthodes chirurgicales, présentant de sérieuses garanties pour fixer l'utérus, par la voie abdominale : *l'hystéropexie, la ligamentopexie et le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.*

Ces deux dernières se recommandent en particulier, en ce qu'elles laissent à l'utérus sa mobilité normale, ce qui est à considérer chez une femme assez jeune pour penser à la grossesse, et elles sont formellement indiquées toutes les fois qu'il est nécessaire de pratiquer la laparotomie pour libérer l'utérus des adhérences qui l'immobilisent ou pour agir sur des annexes pathologiques.

Il semble tout naturel, en effet, de profiter du moment où l'utérus se présente sous la main pour le fixer dans une situation favorable, sans faire courir aucun risque de plus à l'existence de la malade. Chaput (1) a pourtant prétendu que l'ablation simple des annexes malades suffit souvent à guérir les femmes atteintes de rétroversion ; et Segond confirme ce fait en disant : les ligatures placées sur les ligaments larges après la section des annexes

(1) Chaput. *Semaine médic.*, 6 avril 1892, p. 425.

suffisent à maintenir en antéverson l'utérus préalablement libéré de ses adhérences. Néanmoins il semble plus prudent, pendant que l'occasion se présente, d'assurer à l'utérus l'avantage d'une bonne position.

Bouilly (1), par ailleurs, a bien fait observer avec raison que l'utérus privé de ses annexes devenait un organe inutile ; mais personne n'oserait conseiller pour cela l'hystérectomie, qui est une opération trop sérieuse.

De toutes façons, nous limitons l'emploi de ces opérations, aux cas où l'ouverture du péritoine est indispensable ; dans les autres cas, nous considérons l'Alquié-Alexander comme beaucoup mieux indiqué. En voici les raisons :

1° Les interventions intra-péritonéales présentent une tout autre gravité que la recherche superficielle des ligaments ronds, suffisante pour l'opération d'Alquié. Le danger d'une laparotomie, il est vrai, devient bien minime actuellement avec un chirurgien habile et soigneux ; cependant les germes ne peuvent être évités d'une manière absolue ! Or, qu'ils tombent pour une fois sur un terrain bien préparé, fatalement apparait la suppuration, simplement désagréable lorsqu'elle se fait jour à l'extérieur, mais terrible, comme on sait, lorsqu'elle frappe le péritoine.

Il semble, en conséquence, toujours préférable d'entreprendre, quand on le peut, une opération extra-péritonéale, incontestablement moins dangereuse, et ne néces-

(1) Bouilly. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 24 octobre 1888, p. 762.

sitant point pour le chirurgien une installation aussi parfaite.

C'est le conseil de Pozzi (1) : quand deux opérations sont susceptibles d'obtenir les mêmes résultats, il ne faut se résoudre à la plus grave qu'après avoir tenté vainement la plus bénigne.

II° L'utérus ne saurait être en meilleure position qu'avec l'Alquié-Alexander. Il est maintenu par ses ligaments naturels, avec leur direction absolument respectée ; il occupe sa situation normale ; et ne contractant pas d'adhérences fixes, il conserve une mobilité relative dans la cavité pelvienne.

Cette mobilité subsiste bien également, comme nous l'avons vu, avec la ligamentopexie et le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ; mais ces opérations nécessitent la laparotomie.

III° La rétroversion et le prolapsus sont maintenus réduits d'une manière plus définitive par le procédé d'Alquié.

En effet, au moment de la grossesse, comme nous venons de le voir, les adhérences fixes de l'utérus à la paroi abdominale, cèdent souvent en raison du développement excessif de cet organe. Les ligaments ronds, au contraire, malgré leur raccourcissement, conservent l'élasticité qui leur est propre et s'allongent au fur et à mesure du besoin.

(1) Pozzi. *Traité de gynéc.*, 1890, p. 551.

Du reste, la fixation de l'utérus sur la ligne médiane de la paroi abdominale, doit forcément être établie à une hauteur suffisante pour ne pas entraver la dilatation physiologique de la vessie. Il en résulte que l'organe est comme suspendu par ses adhérences artificielles. Or, nous avons vu combien son poids pouvait être augmenté par instants, par suite des pressions qu'il est obligé de supporter. Il faudra donc aux adhérences une solidité à toute épreuve.

Le ligament rond, au contraire, échappe à cet inconvénient ; il pénètre latéralement dans la paroi de l'abdomen, et ne peut empêcher la vessie de se distendre en toute liberté. Il n'a pas non plus à redouter une traction constante et souvent exagérée, n'étant point chargé de supporter la matrice, dont la face antérieure vient reposer sur la vessie ; il n'a pour fonction que de la maintenir inclinée sur cette dernière et pour emprunter à Alexander (1) son ingénieuse comparaison :

Il est pour l'utérus ce qu'est le câble pour le navire retenu à l'ancre ; il ne serait pas susceptible d'en supporter le poids, mais il peut résister à une violence temporaire et ramener le vaisseau à sa position primitive.

IV° La ligamentopexie et l'hystéropexie nécessitent une incision médiane de la paroi abdominale ; nous ne relèverons pas contre elles la possibilité d'une éventration consécutive. Cet accident est assez rare et réclame pour se

(1) Alexander, *loc. cit.*

produire un concours de circonstances, qu'un chirurgien soigneux peut souvent éviter. Mais la cicatrice, d'une longueur notable, restera toujours apparente ; et chez certaines opérées, à tempérament lymphatique, pourra quelquefois revêtir une forme chéloïdienne, d'un aspect fort disgracieux. Or, beaucoup de jeunes femmes ne seront point satisfaites de porter, même en cette région, des traces indélébiles et peu décoratives de l'opération chirurgicale qu'elles auront subie. Inutile d'insister ; mais au point de vue assez appréciable de l'esthétique, nous trouvons certainement préférables les deux petites incisions de l'Alquié-Alexander, qui disparaîtront presque entièrement dans la région pileuse du mont de Vénus.

V° La fixation de l'utérus à la paroi abdominale présente enfin un danger qui n'est point simplement théorique. La paroi antéro-interne de l'abdomen et la face antérieure de l'utérus, déterminent au-dessous du point de fixation une véritable boutonnière, dans laquelle peuvent s'engager les anses intestinales. Comme conséquence, on peut voir tous les troubles intestinaux occasionnés par l'existence d'une bride : l'occlusion, par exemple. Le raccourcissement des ligaments ronds n'offre pas cet inconvénient, l'utérus se trouvant au contraire appliqué contre la vessie.

Schwartz (1) a du reste formulé ce grief contre l'hystéropexie abdominale : elle permet, dit-il, la formation de brides péritonéales, sur lesquelles l'intestin peut s'étrangler.

(1) Schwartz, *Congrès de Paris*, 1890.

En préconisant l'opération d'Alquié-Alexander, si nous avons laissé dans l'ombre les procédés à choisir pour son exécution, c'est que nous nous réservons de traiter ce sujet en terminant.

Car nous n'oserions soutenir cette opération, sans réserves, en présence des opinions exprimées tout dernièrement encore au 13^e Congrès de Chirurgie.

Schwartz (1) dit avoir pratiqué 30 fois l'opération d'Alexander, avoir eu de bons résultats contre les rétroversions et les rétroflexions mobiles, mais avoir observé des récides.

Jonnesco trouve l'opération insuffisante.

Stankewicz, sur quatre alexanders, a eu deux récides.

Hartmann reproche à l'opération d'être aveugle et de ne pas permettre de traiter les annexes.

Ce dernier reproche ne serait mérité, que si l'on prétendait utiliser l'Alexander comme une panacée contre toutes les déviations utérines ; mais il n'a plus sa raison d'être, si l'opération n'est appliquée qu'aux déviations simples, sans adhérences ni lésions apparentes des annexes.

Quant à l'insuffisance, dont on accuse l'opération, elle ne peut trouver qu'une explication : les moyens employés pour fixer les ligaments ronds devaient être defectueux.

Nous ne nous risquons pas à défendre les améliorations nombreuses et variées qui ont été proposées pour suppléer à l'insuffisance de la méthode primitive d'Alexander. Il

(1) Schwartz. *Sem. méd.*, 29 août 1900, p. 296.

faudrait avoir pour cela à leur appui des résultats, dont nous ne disposons pas.

Ainsi nous ne saurions dire, si le procédé de Terrillon, consistant à laisser dans l'angle interne de l'incision l'extrémité libre du ligament pelotonné et non réséqué, donne une plus grande solidité.

Nous n'oserions davantage formuler une opinion sur la méthode décrite par Segond (1). Au moyen d'une première suture à la soie, il fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal, puis il pratique à la partie moyenne des deux piliers, près de leur bord libre, et parallèlement à ce bord, une courte incision. Il obtient ainsi deux petites boutonnières, dont il se sert pour nouer le ligament rond autour des piliers. Peut-être cette manière spéciale de fixer les ligaments est-elle susceptible de produire de très bons effets.

Mais nos appréciations portent uniquement sur un procédé que nous avons été en mesure de juger. Il est employé à Nantes, depuis plus de dix ans, par M. Heurtaux. Nous l'avons vu maintes fois déjà appliquer devant nous ; et nous possédons des observations précises sur ses résultats.

C'est ce procédé que nous allons décrire au chapitre suivant.

(1) Segond. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1889.

CHAPITRE VI

Description du procédé opératoire de l'Alquié-Alexander par la méthode du croisement des ligaments ronds.

Nous n'insisterons pas sur les préliminaires de l'opération : bain, purgation, lavement, brossage et savonnage de la région. On a pris soin nécessairement de raser le mont de Vénus et de vider la vessie.

La malade est allongée sur la table d'opération, le champ opératoire entouré de compresses stérilisées.

Avant de commencer, il peut être bon d'introduire dans la cavité utérine un hystéromètre destiné à réduire l'utérus et à le maintenir en bonne situation pendant toute la durée de l'opération. Cette précaution sera surtout applicable, si l'on a sous la main un aide intelligent et attentif, sur lequel on peut se reposer, pour ne pas modifier la direction de l'instrument. Il sera toutefois très utile, de limiter à six centimètres la longueur de l'hystéromètre pouvant pénétrer dans l'utérus, de peur de produire une blessure de son fond, au cas d'un mouvement trop brusque de l'aide ou de la malade. Pour cela, il suffit de nouer fortement sur l'hystéromètre une lanière étroite de gaze stéri-

lisée ou iodoformée, après lui avoir fait faire plusieurs tours sur la tige. On obtient ainsi un bourrelet, qui, une fois resserré par l'humidité du vagin, fait un excellent buttoir contre le col utérin.

PREMIER TEMPS. — *Découverte des ligaments.* — On recherche l'épine du pubis, puis partant de ce point, on fait une incision de cinq à six centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope et pénétrant jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. L'incision ne dépassera donc pas en dedans, l'épine pubienne ; elle restera complètement externe, contrairement aux préceptes d'Alexander (1), qui voulait qu'elle fut prolongée aussi loin de chaque côté de l'épine pubienne.

Nous trouvons la suite de ce premier temps, très bien décrite dans Forgue et Reclus (2) :

« Reconnaissez les piliers du canal inguinal, un lobule
» graisseux et la branche inguinale du nerf génito-crural.
» Coupez les fibres arciformes dans la direction du canal ;
» un tissu rougeâtre, plus ou moins chargé de graisse se
» présente ; c'est le bout du ligament rond, avant son
» étalement. Pour plus de commodité opératoire, et pour
» une plus grande fermeté de la fixation, éventrez le canal
» dans toute sa hauteur. Chargez et cueillez sur l'aiguille
» de Cooper tout le contenu du canal. »

En cherchant du côté de la paroi inférieure, il est le plus

(1) Thèse Manrique, 1886.

(2) Forgue et Reclus, *Traité de Thérap. chir.* 1898. p. 1167.

souvent facile de trouver le ligament rond, généralement bien développé, parfois un peu grêle, mais toujours assez reconnaissable; on le saisit délicatement avec les doigts, sans exercer la moindre violence et on l'isole avec précaution, d'abord du bout du doigt, puis, avec quelques coups de ciseaux, s'il existe des petits tractus le reliant aux parois du canal. On le dégage ainsi jusqu'au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, où il commence à être doublé du péritoine.

Il est bon de lier de suite les vaisseaux sectionnés pendant ce premier temps de l'opération, afin d'éviter l'encombrement du champ opératoire par les pinces et le suintement sanguin ultérieur, qui pourrait compromettre la réunion immédiate.

DEUXIÈME TEMPS. — *Traction du ligament et redressement de l'utérus.* — Une fois le premier temps accompli, on commence à attirer le ligament rond déjà dégagé de ses adhérences au canal inguinal. Il faut exécuter ce travail avec lenteur et patience, exercer des tractions légères en prenant soin de refouler avec les doigts ou mieux avec un petit tampon, le péritoine, qui, sous la forme d'un feuillet mince et blanchâtre, a tendance à accompagner le ligament. On le voit alors se retourner comme un doigt de gant, laissant apparaître le ligament rond de plus en plus blanc et nacré, et de plus en plus volumineux.

La résistance est si faible, comme le fait justement remarquer Pozzi (1), que l'opérateur novice pourrait presque

(1) Pozzi. *Traité de gynéc. clin. et opér.*, 1890, p. 486.

craindre d'avoir rompu le ligament. On attire alors le ligament jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation d'une vraie résistance. Cette résistance est due à ce que le ligament est sorti dans toute sa longueur et l'utérus est appliqué contre la paroi abdominale. Il ne faut plus insister. La longueur de ligament ainsi obtenue représente onze ou douze centimètres.

On recouvre alors la plaie au moyen d'une compresse stérilisée, sans s'inquiéter si le ligament abandonné rentre partiellement dans la cavité abdominale ; puis on agit de la même façon sur le ligament du côté opposé.

Chacun des ligaments est ensuite détaché de son insertion pubienne et son extrémité devenue libre est saisie entre les mors d'une pince à forcipressure, ou lié avec un catgut.

TROISIÈME TEMPS. — *Croisement des ligaments ronds.* — Voici la méthode employée par M. Heurtaux, professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Nantes.

Au travers du tissu cellulo-graisseux du mont de Vénus, il engage transversalement sous la peau, la lame d'un bistouri tenu à plat, de façon à faire une plaie profonde, destinée à livrer passage aux deux ligaments. Le point d'entrée du bistouri est choisi à l'angle interne de l'une des incisions, un peu au-dessous de l'épine du pubis ; et l'orifice de sortie est au point symétrique du côté opposé.

A travers ce tunnel improvisé, rien n'est plus simple que d'introduire l'extrémité d'une pince longuette, ou mieux d'une pince à forcipressure à mors larges et d'aller cueillir

l'extrémité libre du ligament opposé au côté du pubis par lequel l'instrument a été introduit.

Si l'on a débuté de gauche à droite, pour aller chercher l'extrémité du ligament droit et le faire passer sous le mont de Vénus, on fait avec la pince une semblable manœuvre, pour aller de droite à gauche, recueillir l'extrémité du ligament gauche et lui faire suivre le même trajet à travers le pénil.

Les ligaments sont dès lors croisés au-devant de la symphyse, comme peuvent l'être les bras d'un homme devant sa poitrine.

Nous avons fait observer qu'il était préférable de se servir d'une pince à forcipressure pour attirer les ligaments. En effet, ses mors plus larges préparent mieux les voies et évitent le frottement qui pourrait exposer à rompre l'extrémité quelquefois assez grêle de ce ligament.

M. Heurtaux emploie même souvent un petit tube de verre de 7 à 8 centimètres de long et légèrement conique. Il engage dans ce tube l'extrémité du ligament munie d'un catgut, et c'est sur ce dernier qu'il exerce sa traction pour lui faire franchir le tunnel sous-pubien. Le ligament passe ainsi sans frottement, étant comme coiffé par ce cylindre de verre.

QUATRIÈME TEMPS. — *Fixation des ligaments ainsi croisés.* — L'extrémité du ligament gauche est attirée jusqu'à l'angle externe de l'incision droite, et un point de catgut la fixe à la fois à l'origine du ligament droit, et aux deux piliers. Sur le trajet béant du canal inguinal, il est



placé de la sorte trois ou quatre points de suture, pratiqués avec une aiguille de Reverdin courbe, que l'on fait pénétrer par l'un des piliers, par les deux ligaments accolés et enfin par l'autre pilier.

Les deux ligaments sont ainsi réunis dans toute la longueur du canal et solidement fixés aux piliers, auxquels ils adhèrent intimement. Le canal inguinal lui-même se trouve fermé, comme dans l'opération de Bassini, et la malade n'est pas exposée à la formation d'une hernie.

Dans l'angle interne de la plaie, il y a encore place pour deux ou trois points de suture, comprenant les ligaments seuls, sans aponévrose.

L'extrémité du ligament droit est attirée et maintenue de la même façon dans l'angle externe de l'incision gauche; et des points de suture réunissent comme du côté opposé les deux ligaments et les piliers sur toute la longueur du canal.

Pour ne pas compromettre la vitalité des ligaments, M. Heurtaux prend soin de ne saisir dans la suture que le tiers environ de leur épaisseur; il pense respecter ainsi l'artère centrale qui assure leur nutrition.

Il ne reste plus qu'à rapprocher les bords des incisions cutanées, au moyen de quelques crins de florence, puis à appliquer un pansement antiseptique avec une compression légère sur le trajet des incisions.

M. Heurtaux pratiquait déjà, depuis plusieurs années, cette méthode de croisement, lorsqu'il eut connaissance de deux procédés analogues.

Casati, de Rome (1), fait une incision transversale d'un anneau inguinal à l'autre, et réunit par devant le pubis les extrémités des ligaments ronds, en les fixant par une suture au catgut, au plan profond.

Dolérís (2), au lieu d'inciser la peau de la région sus-pubienne, fait passer par un tunnel sous-tégumentaire, le ligament d'un côté seulement, jusqu'à l'orifice inguinal du côté opposé. Puis il l'anostomose par des sutures à son congénère, préalablement fixé par le procédé habituel et réséqué.

Casati et Dolérís font ainsi se rejoindre les ligaments à travers le pubis, l'un au moyen d'une incision, l'autre au moyen d'un tunnel ; mais ils ne les doublent pas, comme dans la méthode que nous venons de décrire.

Le procédé de croisement assure une telle solidité, qu'il n'est pas nécessaire de placer un pessaire, pour tenir le col, ainsi que le conseillait Alexander ; on peut même négliger la pratique de Pozzi qui consistait à soutenir le col, et à soulager ainsi les ligaments, avec des tampons antiseptiques, fréquemment renouvelés.

Il faut en effet remarquer que, par cette méthode, les ligaments se doublent sur presque toute leur étendue ; le segment intra-péritonéal est devenu très court ; et s'il demeure simple, jamais il ne cède néanmoins, car à ce niveau, le ligament possède une résistance considérable, étant épais, fort et bien nourri.

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 487.

(2) Dolérís, *Nouv. arch. d'Obstétr. et de Gynéc.* 25 févr. 1889.

Les deux ligaments dénudés de leur péritoine et de leurs adhérences présentent une surface cruentée, toute préparée à se souder et ils deviennent bientôt unis et solidaires sur toute leur longueur.

De plus ils forment comme une sangle, embrassant dans sa concavité les tissus profonds du mont de Vénus et prennent sur la symphyse un solide point d'appui. Ces tissus du pubis leur servent ainsi de poulie de réflexion, sur laquelle la force de traction se décompose et n'agit plus que faiblement sur les adhérences des ligaments.

CHAPITRE VII

OBSERVATION I

(Inédite)

H. C..., veuve Q..., 30 ans, tailleuse, s'est mariée il y a 7 ans; elle a eu une fausse couche de 3 mois et demi, il y a 6 ans et demi. Puis il y a 9 mois, on a été obligé de pratiquer chez elle une embryotomie. Depuis lors, elle souffre beaucoup du côté de son utérus, lequel est trouvé en rétroflexion très prononcée.

Elle entre à l'hôpital de Nantes, où le 16 février 1891, M. Heurtaux lui fait un Alexander en appliquant pour la première fois le procédé de croisement. Les ligaments ronds sont raccourcis de 12 centimètres environ; ils survient un petit abcès à gauche. Mais la malade en est guérie et son utérus est en bonne position quand elle quitte l'hôpital.

Nous n'avons pu savoir ce que cette malade est devenue depuis.

OBSERVATION II

(Inédite)

A. C..., femme M..., 29 ans, ménagère, a eu 2 enfants. L'aîné est âgé de 5 ans, le second de 21 mois.

Depuis 8 mois, elle éprouve des sensations extrêmement

pénibles du côté de l'utérus, des lombes et des reins. Elle ne peut rester longtemps debout et ressent une pesanteur douloureuse sur le rectum.

Elle entre à l'hôpital le 3 avril 1892, où on la traite pendant un mois, avant de recourir à une intervention. Enfin en présence d'une rétroflexion accentuée et des troubles qui persistent, elle est opérée le 6 mai 1892. On lui pratique un Alquié-Alexander avec croisement des ligaments ronds, lesquels sont attirés de 10 centimètres. Pendant les 9 premiers jours, il survient un peu de suppuration, celle-ci, toutefois, ne retarde pas la guérison et la malade quitte l'hôpital le 7 juin complètement soulagée.

Cette malade a été revue par M. Heurtaux une première fois en 1898 et une seconde fois à la fin de 1900. Elle continue à se bien porter; ses fonctions s'accomplissent régulièrement et elle reste toute la journée debout, sans éprouver la moindre fatigue, ni la moindre douleur.

OBSERVATION III

(Inédite)

A. M..., 38 ans, fermière, n'a jamais eu de grossesse. Depuis dix mois elle éprouve des douleurs et des tiraillements dans le bas-ventre, et ne pouvant plus travailler, elle entre à l'hôpital le 9 novembre 1892.

L'utérus est manifestement en rétroversion, et pour le redresser, M. Heurtaux opère le raccourcissement des ligaments ronds. Ceux-ci sont très grêles; et en attirant à travers le tunnel sous-pubien le ligament gauche, il se brise à quelques centimètres de son extrémité. Dès lors le droit est seul passé devant la symphyse pour venir doubler le segment de son congénère accidentellement amputé.

Deux années plus tard l'utérus s'était très bien maintenu et cette femme pouvait vaquer sans difficulté à ses occupations journalières; elle ne souffrait plus.

OBSERVATION IV

(Inécie)

M^{me} M. M..., veuve D..., 33 ans, porteuse de pain, à Nantes, a eu 5 enfants, en 4 grossesses; la dernière ayant été gémellaire. Elle entre à l'hôpital pour une rétroversion accompagnée de prolapsus de l'utérus; le col apparaît à la vulve.

Ses souffrances datent de 4 ans comme début et elles se sont tellement accentuées dans les derniers temps, que tout travail est devenu impossible. La malade, à chaque pas qu'elle fait sur le pavé, éprouve dans le bas-ventre un retentissement extrêmement douloureux, et elle ne peut plus du tout marcher. Elle a inutilement tenté de porter un pessaire pour remédier au prolapsus de son utérus; cet appareil n'a fait qu'augmenter ses douleurs.

Elle a une terrible frayeur de toute intervention chirurgicale et s'obstine à la refuser les premiers jours.

Enfin les souffrances finissent par la décider à subir une opération devenue indispensable, et le 10 août 1893, M. Heurtaux lui pratique un Alquié-Alexander, avec son procédé de croisement des ligaments ronds. Il les attire sur une longueur de 11 centimètres et la malade quitte l'hôpital le douze septembre, absolument guérie. L'utérus est fixé dans sa position normale.

Elle se trouve si bien soulagée, qu'elle reprend son service de porteuse de pain au moyen de sa petite voiture, et pendant 18 mois elle accomplit avec régularité, une tournée de distribution extrêmement pénible, puisqu'à l'origine elle était destinée

à être effectuée par un homme. La malade ne ressentait plus la moindre douleur, malgré ses fatigues.

Elle se remaria en 1895; puis un jour son mari étant inoccupé, voulut, par amabilité, la remplacer dans son service. Il le trouva si fatigant, qu'il interdit à sa femme de le continuer et obligea cette dernière à prendre une voiture plus légère. Elle traînait cette voiture depuis 6 mois, lorsqu'une grossesse déjà avancée la décida à abandonner son métier, pour prendre un petit commerce d'épicerie, qui lui permit de s'occuper de son enfant.

A la suite de son opération, elle eut encore quatre couches, dont la dernière le 8 janvier dernier (1901). Les grossesses ont été parfaites, les enfants venus à terme et tous vivants se sont présentés par le sommet; l'évolution de l'utérus s'est montrée très régulière et il n'est survenu aucune complication ni pendant ni après l'accouchement.

Nous avons revu cette malade à la fin de janvier (1901); sa santé est excellente. Malgré les travaux pénibles exécutés aussitôt après son opération, malgré ses nouvelles couches multiples et rapprochées, elle n'éprouve pas la moindre gêne du côté de son utérus, qui demeure en bonne position. Elle a actuellement 41 ans et en dehors de ses grossesses fréquentes, ses époques sont encore très régulières.

OBSERVATION V

(Inédite)

M^{me} C. S..., femme O..., 44 ans, a eu 3 enfants. Depuis 2 ans elle est atteinte de rétroversion et éprouve tout le cortège des symptômes habituels à cette affection. L'opération est pratiquée le 18 août 1893 et se termine avec la plus grande

facilité. Malheureusement la malade est enlevée deux jours plus tard par le choléra, dont il règne alors une légère épidémie dans notre ville et dont plusieurs autres cas se sont présentés dans le service, les malades ayant fait usage d'eau de Loire non filtrée.

OBSERVATION VI

(Empruntée à la Thèse de GUETTE, Paris, 1895).

Femme V..., ménagère, 22 ans, entrée le 22 mai 1894. Mariée depuis 2 ans. Accouchée à terme il y a 13 mois d'une petite fille actuellement bien portante. Quitte le lit cinq jours après l'accouchement. Pas d'infection puerpérale à la suite, mais lassitude extrême l'obligeant à garder le lit.

Elle a depuis quelques mois, de chaque côté de la symphyse pubienne et dans la région lombaire, des douleurs qu'elle compare à des coliques, et qui l'empêchent de vaquer à ses occupations. Menstrues régulières. Peu ou pas de flueurs blanches. Bon appétit.

Résultat de l'examen à son entrée au service, salle 21. L'inspection et la palpation de l'abdomen ne donnent rien d'anormal. La pression du ventre au-dessus du pubis est douloureuse.

Au toucher vaginal le col est assez gros, entr'ouvert, dirigé en bas et en avant. Le corps utérin est dans le cul-de-sac de Douglas, complètement effacé. Rétroflexion nette constatée encore par l'hystéromètre qui donne 7 centimètres pour la cavité de l'utérus et dont la concavité est dirigée en arrière.

On peut ramener l'utérus à la position normale; donc la rétroversion est mobile et facilement réductible.

1^{er} juin. — Métrorrhagie abondante nécessitant un tamponnement.

5 juin. — Sur la demande de M. Heurtaux, M. le Dr Saquet essaie le traitement par le massage utérin.

6 juin. — Nouveaux essais de massage.

7 juin. — Refus de la malade de se laisser masser; elle préfère une intervention; on ne peut donc, en ce cas, apprécier le résultat du traitement par le massage.

8 juin. — Nouvel examen, l'utérus est toujours rétrofléchi. Curettage décidé pour le lendemain.

9 juin. — Curettage ordinaire, injection de solution de chlorure de zinc au 1/20 avec la seringue de Braun. L'utérus se redresse un peu.

10 juin. — Réapparition des douleurs dans la région lombaire. Pesanteur à l'hypogastre.

23 juin. — Opération d'Alquié-Alexander avec modification du procédé.

M. Heurtaux, pour éviter la traction sur les ligaments ronds, introduit l'hystéromètre dans la cavité utérine et le fait maintenir par un aide.

On trouve difficilement les ligaments ronds, qui sont aussi difficiles à disséquer.

Après les avoir attirés de 10 à 12 centimètres on fait le croisement. On suture les ligaments l'un à l'autre, puis aux piliers de l'anneau-inguinal. Sutures de la peau. Drainage.

24 juin. — Pas d'hyperthermie. Douleurs vives, la malade demande une piqûre de morphine.

25 juin. — Plus de douleurs. Plus d'injection de morphine.

3 juillet. — On renouvelle le pansement: le pus s'écoule de chaque côté par le drain; pas de phénomène de septicémie. Température normale.

10 juillet. — Pas de pus. Les sutures sont enlevées. La malade réintègre la salle commune.

Elle quitte le lit le 11 juillet et l'hôpital le 20, sans symptômes douloureux comme avant l'opération.

L'utérus est en bonne position; on s'en assure par le toucher. Actuellement, la guérison s'est maintenue d'après les nouvelles que nous avons de la malade (1895).

Nous avons cherché à nous procurer nous-même des renseignements plus nouveaux sur cette opérée. Nous avons appris qu'elle avait quitté Nantes un an après son opération, qu'elle avait eu un enfant quelques mois après son départ et dans de bonnes conditions; et qu'elle était morte depuis peu.

OBSERVATION VII

(Empruntée à la Thèse de GUETTE, Paris, 1895)

R. M..., 21 ans, lingère, non mariée, entre le 21 mars 1894, salle 21.

Réglée à 15 ans. Bonne santé jusqu'à cette année.

Métrorrhagies abondantes en février; elles nécessitent son entrée.

Curettage le 27 avril.

On hésitait entre le diagnostic de fibrome et celui de métrite. Douleurs vives dans les reins et au niveau du pubis, à droite et à gauche de la ligne médiane; elles s'accroissent dans la station debout.

La palpation de l'abdomen n'apprend rien.

Par le toucher vaginal, on constate une rétroflexion; on sent le pli de la coudure au niveau de l'isthme.

Rien vers les annexes. Avec l'hystéromètre, on relève facilement le corps de l'utérus. Douleurs de plus en plus pénibles.

11 juillet 1894. — Opération d'Alquié-Alexander modifiée. Dissection des ligaments pénible. Procédé opératoire le même que dans l'opération précédente.

Résultat immédiat après l'opération : réduction de la rétroflexion.

12 juillet. — Le pansement est renouvelé ; température, 37°8.

15 juillet. — 39°2 comme température. Cette élévation était due à une zone inflammatoire étendue ; pus en grande quantité. Pansement humide.

18 juillet. — La température a baissé, mais l'état des plaies nécessite l'application de pansements antiseptiques.

24 juillet. — Plus d'inflammation, presque pas de pus.

1^{er} août. — Cicatrices fermées. Suppression du pansement.

Du 15 août au 1^{er} septembre, grande amélioration.

La malade sort dans les premiers jours de septembre.

La guérison est maintenue à l'heure actuelle (1895).

Nous avons pu voir cette malade le 20 mai 1901, et elle nous a fourni elle-même les renseignements suivants :

Pendant les six mois qui ont suivi son opération d'Alexander, elle a continué à souffrir dans le ventre, surtout à l'époque de ses règles, lesquelles, cependant, sont devenues moins abondantes. Puis, elle est alors rentrée à l'Hôpital où elle a subi une nouvelle opération, de la part d'un autre chirurgien.

A la suite de cette seconde opération, celui-ci, paraît-il, jugeait même nécessaire de lui en faire une troisième ; mais elle s'y est refusée et a quitté l'hospice.

Pendant un an, elle a encore continué de souffrir de plus en plus ; puis peu à peu les douleurs se sont calmées. Il est vrai, qu'en même temps, elle était au début d'une tuberculose pulmonaire et que ses règles se sont suspendues pour ne plus reparaitre depuis.

Nous ignorons en quoi a consisté la seconde intervention. A-t-elle eu pour but une nouvelle fixation de l'utérus ? On voit actuellement sur la ligne médiane de l'abdomen une cicatrice très apparente indiquant une laparotomie.

Aujourd'hui, le toucher révèle un utérus assez bien placé ;

seulement le corps est dur, volumineux, et fait une forte saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

La malade, parvenue à un état de phtisie assez avancé, ne peut presque plus travailler, mais ne souffre plus de son utérus.

Nous avons vu, au début de l'observation, que cette malade avait eu autrefois un curettage, et que l'on hésitait alors entre une métrite et un fibrome.

Sans doute, cette dernière supposition était la vraie, en présence du volume et de la dureté conservés par l'organe ; et, cela peut expliquer la persistance de ces sensations douloureuses, lesquelles, il faut le remarquer, ont résisté tout aussi bien à la seconde intervention qu'à la première.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à la Thèse de GUETTE, Paris, 1895)

M. R..., 24 ans, lingère, non mariée, entre le 1^{er} août 1894, salle 21.

Pas d'antécédents à noter. Régée à 15 ans.

Menstrues régulières. Très nerveuse. Depuis deux ans, douleurs dans le bas-ventre et à la région lombaire ; ces douleurs sont si fortes qu'elles provoquent parfois l'insomnie. A été soulagée pendant quelques mois par un pessaire. Les douleurs ont réapparu. Elle ne peut continuer son état de lingère et entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Siège des douleurs toujours le même. Constipation habituelle et opiniâtre ne cédant souvent qu'aux lavements.

A l'examen, on constate que l'utérus est coudé et rétrofléchi ; il se réduit facilement avec l'hystéromètre.

7 août. — Opération d'Alquié-Alexander modifiée. Les ligaments sont aplatis à leur sortie de l'anneau, leur recherche est très difficile, on ne les trouve franchement cylindriques que

dans le canal inguinal. Suites opératoires excellentes. Pas d'hyperthermie.

16 août. — Renouvellement du pansement. On enlève les sutures ; pas de traces de pus.

Septembre. — L'utérus se maintient redressé. Plus de souffrances comme avant son entrée. Commence à se lever.

Cette malade est encore, elle aussi, guérie actuellement (1895).

Il nous a été permis de revoir cette malade le 11 janvier 1901 ; elle continue à se bien porter. Elle a repris son métier de lingère pendant deux jours chaque semaine, et reste alors debout toute la journée sans difficulté. Cependant, à l'époque de ses règles, elle ressent toujours quelques tiraillements et même parfois quelques douleurs au niveau de sa cicatrice droite.

L'utérus se maintient en bonne position.

OBSERVATION IX

(Inédite)

C. B..., 20 ans, cuisinière à Nantes, a eu un enfant et a marché trois jours après son accouchement.

Depuis, elle éprouve tous les symptômes de la rétroversion et entre à l'hôpital le 20 juillet 1895, ne pouvant plus continuer à rester debout. L'utérus, en outre de sa rétroversion, est en rétroflexion assez accentuée ; et l'intervention chirurgicale est effectuée le 27 juillet. Les ligaments sont attirés de 10 à 12 centimètres et croisés au-devant du pubis. L'opération s'effectue très simplement ; la fille est une brune, de robuste santé, qui se guérit rapidement sans aucune suppuration. Elle quitte l'hôpital dès le 13 août, avec un utérus en position normale.

Nous avons inutilement cherché à retrouver cette fille, qui a fait plusieurs places depuis ; nous avons seulement appris que dans les deux années qui ont suivi son opération, elle se portait à merveille. Il y a donc tout lieu de croire qu'il en est de même aujourd'hui.

OBSERVATION X

(Inédite)

A. D..., femme F..., 39 ans, laveuse, entre à l'hôpital le 21 août 1895. Elle a eu 7 enfants, le dernier il y a 5 mois ; et, depuis ce dernier, elle a toujours souffert. Au moindre effort, le col de l'utérus dépasse la vulve d'au moins 2 centimètres.

Elle est opérée, le 24 août, par M. Heurtaux, qui lui applique l'opération d'Alquié-Alexander avec son procédé ordinaire.

Tout se passe bien ; la malade ne suppure pas, se lève dès le 14 septembre et quitte l'hôpital le 17 septembre 1895.

Nous avons revu cette femme le 19 mai 1901 ; et voici les renseignements que nous avons pu recueillir :

A la suite de son opération, elle s'est trouvée complètement rétablie, a pu reprendre son travail sans aucune douleur, et rester presque toute la journée debout. Toutes ses fonctions s'accomplissaient à merveille, et, suivant sa propre expression, elle se croyait redevenue une jeune fille.

Il en fut ainsi pendant 1 an.

Puis, étant devenue enceinte, elle en était au troisième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fut saisie, un certain jour, d'une frayeur terrible, en voyant un de ses enfants atteint de convulsion et complètement cyanosé ; elle le crut mort, et fut prise d'un tremblement nerveux qui lui dura toute la journée.

Le lendemain, elle commençait à perdre un peu de sang et avait une fausse couche.

Pendant six semaines, elle resta sur le lit, perdant d'une façon effrayante, malgré tous les soins des médecins ; elle était absolument décolorée. Les pertes finirent cependant par diminuer et la malade se rétablit peu à peu. Mais du côté de son utérus, elle ne se retrouva plus dans un état aussi satisfaisant ; elle se fatiguait davantage debout, sans néanmoins éprouver de véritables douleurs.

Enfin, deux ans après ce premier accident, il en survint un nouveau à peu près au quatrième mois de grossesse, et dans les mêmes conditions : à la suite d'un saisissement, en voyant son enfant encore repris d'une crise violente. En effet, bien qu'elle fut déjà habituée à le voir en pareil état, elle éprouvait toujours une aussi terrible frayeur.

Cette fois, elle faillit mourir ; au bout de dix jours, on la transporta à l'hôpital sans aucune connaissance, et l'on dut, d'après elle, lui extraire des débris de membranes.

Cette femme n'a pu se remettre de ce second accident, et, depuis, elle est toujours restée souffrante ; elle éprouve des douleurs dans le ventre, avec une sensation continuelle de pesanteur. Elle sent, paraît-il, qu'au moindre effort sa matrice descend presque à la vulve.

D'après ses renseignements, il semble évident que c'est bien l'utérus qui ne s'est pas maintenu, mais il n'est pas aussi probable qu'avant l'opération :

Seulement, quelles conclusions tirer de ce cas ? Examinons-le de suite :

On ne saurait contester un excellent résultat pendant un an.

Ensuite est-il possible de considérer les fausses couches comme une conséquence de l'opération ? L'utérus se trouvait alors en bonne position, la première fois, tout au moins. Les saisissements à la suite desquels les avortements ont été immédiats, ne semblent-ils pas logiquement être la véritable cause de ces accidents.

Enfin, doit-on s'étonner si l'utérus ne s'est pas maintenu, après de semblables épreuves? On voit, dans les présentes observations, que souvent une matrice en bonne position jusqu'alors, est rétrodéviée à la suite d'une fausse couche. Peut-on exiger une plus grande solidité d'un utérus redressé artificiellement? Du reste, il a fallu pratiquer un curettage à la malade, à la suite de son second accident, et pour cela il a fallu attirer le col plus ou moins à la vulve, ce qui devait être une épreuve de plus pour la résistance des ligaments ronds.

OBSERVATION XI

(Inédite)

M^{me} M..., 31 ans, est mère de deux enfants, l'un âgé de 6 ans, l'autre de 7 ans. Depuis la naissance de ce dernier, elle souffre toujours de plus en plus; elle se plaint surtout de douleurs vives du côté du rectum, de l'aîne gauche et du flanc gauche. Ces souffrances étant devenues intolérables, elle se décide à une intervention chirurgicale pour le 21 mars 1896.

La rétroversion utérine, qui donnait lieu à tous ces symptômes, est corrigée par le procédé de M. Heurtaux, lequel raccourcit les ligaments de plus de 10 centimètres.

M. Heurtaux revoit cette dame très fréquemment depuis son opération; elle mène une vie très active et est absolument soulagée; la matrice demeure toujours dans la position où elle a été placée.

OBSERVATION XII

(Inédite)

M^{me} C... est âgée de 35 ans. Elle a eu cinq enfants. Bien portante jusqu'à la naissance du quatrième, qui remonte à quatre

ans ; elle a commencé à éprouver, à partir de cette époque, des souffrances très pénibles dans la région de l'utérus et a eu des pertes abondantes et prolongées. Enfin, depuis son cinquième accouchement, datant de huit mois, les douleurs se sont tellement accentuées qu'elle ne peut plus rester debout, ni surtout marcher.

L'utérus est fortement en rétroflexion. La malade est atteinte d'endométrite et a fréquemment de graves hémorragies, qui l'ont singulièrement affaiblie. Elle est, en outre, affligée de dyspepsie extrême et rebelle.

Elle est opérée le 18 mai 1896 ; les ligaments sont raccourcis de 12 centimètres.

Pendant les années qui suivent, la malade reste très nerveuse, conserve un estomac déplorable et ressent quelques douleurs dans le bas-ventre ; puis, malgré un curetage, elle conserve toujours des pertes abondantes.

Aujourd'hui toutefois l'estomac est devenu meilleur, tous les troubles ont disparu et elle se porte d'une façon satisfaisante. L'utérus s'est bien maintenu.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

M^{me} C. G..., 29 ans, a deux enfants, le premier âgé de 8 ans 1/2, le second de 4 ans. Depuis la naissance de ce dernier, elle n'a pas cessé de souffrir. Un mois après l'accouchement, le Dr B... lui fit un curetage et elle resta huit mois sans marcher. Aujourd'hui, elle se traîne péniblement et éprouve toutes les souffrances habituelles à la rétroversion ; elle ne peut rester debout et encore moins dans le décubitus dorsal. Elle se plaint surtout de douleurs irradiées dans le flanc gauche ; elle est un modèle de neurasthénique.

Opérée le 18 juin 1896, elle est rétablie juste un mois après et peut marcher facilement.

Un an plus tard, M. Heurtaux la revoit et peut constater par lui-même une excellente position de l'utérus. La malade présente un état général assez bon, mais se plaint d'éprouver toujours quelques pesanteurs et des tiraillements dans le bas-ventre, les flancs et les reins.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

M. A..., femme H..., ménagère, 36 ans, entre à l'hôpital de Nantes le 15 juillet 1896, avec le diagnostic de rétroversion utérine. D'un premier accouchement, remontant à trois années, elle a eu deux jumeaux, puis elle a eu un troisième enfant il y a environ cinq mois. Pendant les trois mois qui ont suivi cette dernière couche elle s'est bien portée; ce n'est que depuis deux mois qu'elle a commencé à ressentir une douleur hypogastrique violente, surtout à gauche, avec des tiraillements douloureux du côté des reins. Elle ne peut plus faire son ménage.

Elle est reconnue atteinte de rétroflexion utérine et subit le 18 juillet l'opération d'Alquié-Alexander par le procédé de M. Heurtaux. Elle quitte l'hôpital le 14 août avec un utérus bien placé.

Cette femme est aujourd'hui en très bonne santé et ne se ressent plus de son infirmité. Elle a toujours continué à travailler depuis.

OBSERVATION XV

(Inédite)

M^{me} Q..., 37 ans, souffre d'une rétroflexion utérine depuis dix-huit ans, époque de la naissance d'un fils unique. Elle éprouve tous les symptômes habituels à cette affection, lesquels finissent par lui rendre l'existence si pénible qu'elle se décide à une intervention chirurgicale.

Elle est opérée à domicile, le 5 mars 1897. Les ligaments sont raccourcis avec la méthode de croisement. Il survient un léger suintement des deux côtés pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Le succès de l'opération est complet, cette dame ne ressent plus aucune douleur, et au bout d'un an elle met au monde un second fils, qui a en conséquence dix-neuf ans de moins que son aîné. Il n'y a rien à signaler d'anormal, ni pendant la grossesse ni pendant l'accouchement.

Plus tard, M. Heurtaux constate que l'utérus est revenu en excellente position.

OBSERVATION XVI

(Inédite)

C. M..., femme T..., 28 ans, ménagère, est mariée depuis sept ans ; elle a deux enfants, l'un de 6 ans, l'autre de 16 mois, et n'a jamais eu de fausse couche.

Depuis la naissance du dernier enfant, elle éprouve dans la région du sacrum des douleurs très vives, puis une pesanteur constante sur le fondement et des tiraillements à l'hypogastre. Ses règles sont douloureuses, elle perd toujours en blanc. Elle ne peut rester couchée sur le dos.

La marche est devenue presque impossible ; et comme elle ne peut plus travailler, elle entre à l'hôpital le 12 avril 1897.

L'utérus est volumineux, et on constate de la rétroflexion et de la métrite.

La malade est opérée le 16 avril ; on lui pratique un Alexander en même temps qu'un curettage.

Elle quitte l'hôpital le 19 mai, parfaitement rétablie.

M. Heurtaux a revu cette femme fréquemment depuis ; elle est devenue enceinte juste trois mois après son départ de l'hôpital. Elle a continué à travailler sans difficulté pendant sa grossesse et il ne s'est pas présenté la moindre irrégularité ; l'accouchement s'est fait dans les meilleures conditions possibles, les suites de couches ont été excellentes.

Aussitôt relevée elle a repris une vie très active sans éprouver la moindre gêne et l'utérus s'est maintenu en parfaite position.

OBSERVATION XVII

(Inédite)

M^{me} T..., 29 ans, n'a eu qu'un seul enfant, qui est âgé de 23 mois ; elle éprouve, depuis son accouchement, des douleurs intolérables dans la région de l'hypogastre, en même temps que de la pesanteur sur le rectum.

Son état général est mauvais.

L'utérus est en rétroflexion et l'on sent un ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. L'opération est fixée au 7 mai 1897.

M. Heurtaux lui fait par son procédé personnel un raccourcissement des ligaments ronds, et la malade, assez vite rétablie, quitte Nantes aussitôt ; elle a l'utérus en bonne position.

Depuis il n'a jamais entendu parler d'elle.

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

M^{me} veuve H... 34 ans, a eu deux enfants, le premier est âgé de 12 ans, le second de 7 ans.

A partir de son premier accouchement elle n'a cessé d'éprouver des douleurs extrêmement pénibles dans la région de la matrice, et un chirurgien lui a fait un curettage le 18 octobre 1895, sans qu'elle en ait obtenu un grand soulagement.

Actuellement, elle a une rétroversion utérine accentuée, mais assez mobile; et elle ressent tous les symptômes douloureux caractéristiques de cette affection.

C'est une femme maigre et délicate, et ses souffrances prolongées l'ont rendue très neurasthénique.

Elle est opérée à la clinique de la rue du Lycée, le 26 juillet 1897. M. Heurtaux lui raccourcit les ligaments ronds de 10 centimètres environ, en employant sa méthode ordinaire de croisement.

Nous avons eu tout récemment des nouvelles directes de cette dame. Son utérus, dit-elle, est de nouveau en rétroversion; elle ressent de la pesanteur et des douleurs dans le ventre; la marche est pénible et la neurasthénie a commencé à reparaitre. Seulement nous ignorons s'il est survenu quelque cause nouvelle expliquant cette situation.

Elle ajoute en tous cas avoir eu des ulcérations du col pour lesquelles il a fallu lui faire des cautérisations.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

H..., femme D..., 27 ans, entre à l'hôpital le 20 août 1897. Elle a eu trois enfants, un premier le 9 janvier 1893, et deux jumeaux, le 12 février 1897.

Le dernier de ces jumeaux a nécessité l'application du forceps et a été d'une extraction difficile. Depuis, la mère, malgré ses souffrances, a été obligée de continuer son travail, étant seule à s'occuper de ses enfants. Mais elle a toujours été exténuée de fatigue et n'a cessé de ressentir des tiraillements du côté des reins et des pesanteurs pénibles sur le rectum. Le besoin de la défécation est subit et impérieux, il faut le satisfaire instantanément.

A la suite de son accouchement gémellaire, ses règles sont venues tous les 20 jours, et très abondantes chaque fois.

L'utérus, volumineux, est en rétroversion.

Elle est opérée, le 26 août 1897, par M. Heurtaux, avec son procédé habituel d'Alexander. La malade est fort grasse, ses ligaments sont néanmoins faciles à rencontrer; ils sont extrêmement grêles.

Cette femme est prise de ses règles le surlendemain de son opération, et elle reste dans un état nerveux épouvantable. Dès qu'elle voit quelqu'un approcher de son lit, elle étouffe et demande qu'on ouvre la fenêtre.

Enfin, comme elle continue à souffrir, elle sollicite une nouvelle intervention; et vers le milieu d'octobre, on lui fait une hystéropexie abdominale. Pendant l'opération on trouve un ovaire malade, et on en pratique l'ablation. Puis on prend la précaution, à cause du volume de l'utérus, de placer un pessaire qui est laissé pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

A la suite de l'opération il survient chez cette femme quelques complications pulmonaires, elle a une forte température et on lui applique des ventouses.

Puis elle quitte le service le 13 novembre, ayant hâte de retourner chez elle; mais, nullement guérie, elle est obligée de rester encore pendant trois mois sur le lit. De plus, elle demeure une année tout entière sans pouvoir travailler. Les douleurs dans le ventre restent très intenses; les règles conti-

nuent à être trop fréquentes et d'une abondance telle, que la pauvre femme se trouve absolument épuisée chaque fois.

Nous avons revu cette malade en mai dernier (1901) : son utérus est en bonne position, ses règles sont moins abondantes et elle peut aujourd'hui vaquer à ses occupations. Seulement, elle se plaint de ressentir des tiraillements continuels au pourtour et au-dessus de l'ombilic, et pour employer sa propre expression, une torsion douloureuse et très désagréable de son nombril.

Nous avons pu constater, dans le cas présent, la différence des cicatrices. Celles de l'Alexander sont à peine apparentes et disparaissent dans le mont de Vénus ; celle de la laparotomie reste vraiment d'aspect désagréable.

OBSERVATION XX

(Inédite)

M^{me} H..., 26 ans, a eu deux enfants. Le plus jeune a quatre ans et demi. Depuis la naissance de ce dernier, elle éprouve tous les symptômes d'une rétroflexion utérine qui a été constatée dès cette époque.

Les souffrances étant devenues intolérables, elle se décide à une intervention qui est exécutée à la clinique de la rue du Lycée, le 1^{er} février 1898.

Les ligaments ronds sont raccourcis et croisés suivant la méthode de M. Heurtaux, et lorsque cette dame quitte la clinique, la rétroflexion de sa matrice est complètement corrigée.

M^{me} H..., qui n'a jamais possédé une brillante santé, reste encore aujourd'hui assez délicate ; mais les douleurs de la

rétroflexion ont complètement disparu et l'utérus se maintient en position physiologique.

OBSERVATION XXI

(Inédite)

M^{me} A. B., 42 ans, a eu quatre enfants, dont le dernier est aujourd'hui âgé de 8 ans. Jusqu'à son dernier accouchement, elle a toujours été bien réglée ; depuis, au contraire, ses époques viennent très irrégulièrement et elle ressent sans cesse de violentes douleurs dans le bas-ventre. A partir de cette même couche, elle a souvent eu des crises de nerfs et s'est plainte de céphalées continuelles. Dans ces quatre derniers mois surtout, les crises douloureuses se sont considérablement accrues et la malade éprouve des tiraillements extrêmement pénibles dans la région lombaire. Elle a beaucoup maigri.

L'utérus est manifestement en rétroversion. Il est remis en position normale au moyen d'un Alquié-Alexander le 14 juillet 1898. Les ligaments ronds, très peu développés, sont d'une recherche pénible et ne peuvent être rencontrés que près de l'orifice interne du canal inguinal.

La malade, revue environ quatre mois après, le 17 novembre 1898, s'est trouvée absolument soulagée par son opération.

OBSERVATION XXII

(Inédite)

J. P., 26 ans, s'est mariée en 1895, a eu une fausse couche de trois mois environ cinq mois après ; et il y a dix-sept mois, est accouchée d'un enfant vivant et dans de bonnes conditions. Seulement elle s'est levée cinq jours après, et depuis elle a toujours éprouvé des douleurs dans le ventre, dans les reins

et dans les cuisses. Elle ne peut rester debout et la marche lui cause des souffrances atroces. Cette malade a un état général médiocre ; elle a fait une pleurésie avant son mariage et est restée chétive et nerveuse. L'utérus est en rétroversion très accentuée.

M. Heurtaux redresse l'utérus par sa méthode habituelle, le 3 août 1898. Tout se passe fort bien, mais la malade, très indocile, s'obstine à quitter l'hôpital dix-sept jours après son opération et marche de suite.

Au mois de janvier dernier 1901, nous avons pu voir cette malade, elle ne souffre plus comme autrefois. Néanmoins, elle se plaint d'éprouver parfois quelques douleurs du côté de ses cicatrices. Elle est bien réglée, mais assez douloureusement et la miction est pénible. Elle prétend être souvent deux jours sans uriner. Ses dires semblent devoir être toutefois acceptés avec quelques réserves, car c'est incontestablement un beau type de nerveuse.

OBSERVATION XXIII

(Inédite)

M. S..., femme G..., laveuse, 27 ans. Mariée depuis huit ans, elle a eu deux enfants et une fausse couche remontant à quatre ans. Depuis cette dernière, elle n'a jamais été bien réglée. Le 22 août 1896, elle a été opérée pour une ovaro-salpingite droite ; on lui a enlevé un kyste sanguin du volume d'une mandarine.

Depuis un an, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre, et surtout dans la région sacrée, avec sensation de pesanteur et de tiraillements dans la région lombaire ; elle ressent des besoins continuels d'aller à la selle et ne peut rester longtemps debout. La marche est devenue très pénible, le décubitus

dorsal est intolérable. L'utérus est prolabé et au moindre effort le col apparaît à la vulve.

Le 27 août 1898, on pratique à cette malade un Alquié-Alexander avec croisement des ligaments ronds, et elle veut absolument quitter l'hôpital dès le 10 septembre, c'est-à-dire juste quatorze jours après son opération; puis elle recommence de suite à marcher.

Nous avons revu cette malade à la fin de janvier 1901; elle n'éprouve plus aucune douleur, bien que travaillant beaucoup et presque toujours debout. Ses règles cependant sont restées très irrégulières et un peu douloureuses. L'utérus est en bonne position.

OBSERVATION XXIV

(Inédite)

M^{me} X..., 25 ans, a eu deux enfants; le dernier, il y a deux ans et demi; puis ensuite, deux fausses couches successives, l'une de deux mois et demi, l'autre de trois mois; aussitôt son second accouchement, elle a éprouvé tous les symptômes de la rétrodéviatiou utérine : douleurs continues, aussi intenses la nuit que le jour, tiraillements du côté des lombes, pesanteur sur le fondement, etc...

Elle a, en effet, de la rétroversion de son utérus, et l'on constate, en outre, de la métrite et une cystocèle vaginale.

Un pessaire de Gaillard-Thomas soulage très sensiblement la malade; puis, on institue un traitement pour la métrite, qui est entièrement guérie avant de pratiquer l'opération.

La malade est d'une santé très délicate, extrêmement pâle et amaigrie, elle est parvenue de plus à un fort degré de neurasthénie.

Les ligaments ronds sont raccourcis, le 4 mars 1899. Ils sont remarquablement grêles et sont laborieux à découvrir ; ils n'apparaissent avec netteté que dans la région profonde du canal inguinal. L'opération se termine néanmoins convenablement, et l'utérus est remis en bonne position.

Cette dame a été revue ensuite par M. Heurtaux, qui a pu constater un résultat assez lent. Elle est restée encore neurasthénique pendant plusieurs mois, puis l'amélioration a été progressive.

Il faut dire qu'une pleurésie, survenue peu de temps après son opération, a contribué à prolonger son état maladif.

OBSERVATION XXV

(Inédite)

M. B..., femme G..., 29 ans, cultivatrice, entrée à l'hôpital le 5 avril, a eu deux enfants. Le plus jeune est âgé de 1 an ; et, depuis la naissance de celui-ci, elle souffre constamment dans le ventre et ne peut continuer à faire son travail. Ses menstrues sont régulières, mais excessivement douloureuses.

L'état général est cependant assez bon, malgré ces douleurs occasionnées par un utérus très en rétroversion et une forte métrite.

Pendant une dizaine de jours, on traite cette dernière affection ; puis, la matrice est redressée, le 16 avril 1899, au moyen d'un Alquié-Alexander, et la malade quitte l'hôpital le 6 mai.

Cette femme s'est trouvée très bien soulagée par son opération. Elle a pu reprendre son travail sans souffrir depuis.

OBSERVATION XXVI

(Inédite)

Jeanne R..., femme J..., 35 ans, a eu un enfant à l'âge de 18 ans ; et depuis, son utérus est toujours resté en rétroflexion. Elle a eu plusieurs fois des cautérisations du col, sans aucun amendement des symptômes douloureux dont elle se plaint. Elle a encore des tiraillements constants dans la région des reins, des pesanteurs sur l'anus et des douleurs dans le bas-ventre.

Elle consulte M. Heurtaux, qui lui applique tout d'abord un pessaire de Gaillard-Thomas, qu'elle conserve pendant un an. Elle éprouve avec cet appareil un énorme soulagement.

Elle entre alors à l'hôpital, le 24 avril 1899, et dès le 27 avril, il lui est pratiqué un Alquié-Alexander, avec croisement des ligaments ronds.

Vingt-deux jours après, c'est-à-dire le 19 mai, elle quitte le service, ayant son utérus en position normale.

Nous avons eu tout récemment des nouvelles de cette femme par l'intermédiaire de son médecin. Il la rencontre fréquemment se rendant à pied au bourg de sa commune et elle fait ainsi ses 8 kilomètres sans éprouver la moindre fatigue. Elle se porte bien désormais et ne ressent plus de douleurs depuis son opération.

OBSERVATION XXVII

(Inédite)

M. C..., femme F..., 36 ans, de C... (Vendée), a eu deux filles ; l'une est âgée de 13 ans, l'autre de 7 ans.

Elle souffre depuis douze ans du côté de son utérus ; mais,

ces derniers temps, les douleurs sont devenues tellement violentes, qu'elle ne peut plus ni travailler, ni rester debout. Elle entre à l'hôpital le 24 avril 1899, résolue à subir toute opération susceptible de la soulager.

L'utérus, assez volumineux, est nettement en rétroflexion.

Cette malade est très grassé, ce qui rend moins facile l'exécution de l'Alquié-Alexander pratiqué le 30 avril. Elle quitte l'hospice dès le 19 mai, et semble alors dans de bonnes conditions.

Nous avons eu des nouvelles de cette personne, tout récemment, par correspondance. Elle nous dit être restée sans beaucoup souffrir au sortir de l'hôpital; puis, vers le mois de janvier suivant, elle a été prise de douleurs dans le ventre et de maux de tête violents, que rien n'a pu soulager. Actuellement, elle ne peut rester un quart d'heure debout sans éprouver une fatigue atroce, et des étourdissements qui la feraient tomber, si elle ne s'appuyait quelque part.

Elle à ses règles tous les mois; mais, suivant son expression, elle rend alors une véritable pourriture toute blanche ou mêlée d'un peu de sang.

Son médecin lui a dit qu'il n'y avait rien de déplacé, mais l'a engagée à retourner se faire traiter à Nantes.

Il est à croire, d'après ces renseignements, que cette femme souffre actuellement de métrite, puisque son médecin trouve l'organe en bonne position.

OBSERVATION XXVIII

(Inédite)

Rosalie H..., femme C..., 28 ans, est atteinte de rétroflexion utérine.

Elle a été réglée à 13 ans et très régulièrement ensuite, jusqu'à l'époque d'une grossesse qu'elle fit à 24 ans. L'accouchement fut absolument normal, les suites de couches se montrèrent excellentes et la menstruation se rétablit très bien pendant deux années. Puis subitement, sans cause apparente et sans aucune douleur, les règles devinrent très abondantes, durant au moins huit ou dix jours chaque fois.

Elle fut alors traitée pour métrite, et comme elle ne s'améliorait pas, on lui appliqua un pessaire qu'elle conserva 19 mois. Mais celui-ci était insuffisant et l'utérus se déplaçait à chaque instant.

Au début, cette malade s'est trouvée très constipée; et depuis un an, au contraire, elle a une diarrhée perpétuelle. Elle paraît aujourd'hui très délicate.

Elle est opérée le 20 mai 1899, on lui pratique le raccourcissement des ligaments ronds avec croisement. Il survient une légère suppuration qui se montre assez rebelle, vu probablement le mauvais état général du sujet.

Ces jours derniers le médecin de la malade a donné à M. Heurtaux des renseignements sur elle. Depuis son opération, remontant déjà à 2 années, elle marche allègrement, jouit d'une bonne santé et est débarrassée de toutes ses infirmités. Elle n'a pas fait de nouvelle grossesse.

OBSERVATION XXIX

(Inédite)

M. T..., 24 ans, domestique, est accouchée en janvier 1897 à l'aide du forceps. Ses suites de couches ont été excellentes, mais depuis elle a des pertes blanches continuelles et abondantes.

Dès qu'elle se livre à un travail fatigant, elle ressent dans la

fosse iliaque gauche une douleur très vive, qui l'empêche de faire son service.

Elle entre à l'hôpital le 5 mai ; puis, après un traitement de vingt jours, M. Heurtaux corrige la rétroversion utérine au moyen de l'opération d'Alquié-Alexander.

Elle quitte l'hôpital le 19 juin, c'est-à-dire vingt-cinq jours après son opération. Elle est assez bien rétablie et va prendre un service à Angers.

Elle est revenue à Nantes, faire une courte apparition 6 mois plus tard. Elle pouvait alors travailler sans difficulté, mais se plaignait de souffrir un peu dans la région pubienne. Nous tenons ce renseignement de son ancienne maîtresse, qui l'a revue lors de ce dernier voyage et n'a plus entendu parler d'elle depuis.

OBSERVATION XXX

(Inédite)

M^{me} B..., 30 ans, est atteinte depuis plusieurs années déjà de rétroflexion utérine et cette affection a provoqué chez elle un nervosisme terrible.

Pour mettre fin à des douleurs qui vont en s'accroissant de jour en jour, elle se décide à une intervention chirurgicale, et M. Heurtaux opère le raccourcissement des ligaments ronds le 14 juin 1899.

Lorsque cette dame quitte la clinique, un mois plus tard, son utérus est en antéversion physiologique et la rétroflexion est entièrement corrigée; elle n'éprouve plus alors aucune douleur.

Il nous a été impossible de nous procurer des renseignements nouveaux sur cette malade.

OBSERVATION XXXI

(Inédite)

M^{me} L..., 35 ans, n'a eu qu'un seul enfant, qui est aujourd'hui âgé de 7 ans.

Peu de temps après la naissance de cet enfant, elle a commencé à éprouver les symptômes habituels des rétrodéviations utérines : une sensation de plénitude du côté du rectum ; des difficultés pour aller à la selle ; de la pesanteur et des tiraillements du côté des lombes. Elle ne peut plus rester longtemps debout et la marche elle-même est devenue très pénible.

Une dyspepsie intense est survenue, suivie bientôt après de neurasthénie.

L'utérus est fortement en rétroflexion, mais facilement réductible.

Un pessaire de Hodge est appliqué pendant quelques jours ; il produit un grand soulagement.

La malade demande elle-même une intervention ; et l'opération d'Alquié-Alexander est alors pratiquée le 19 août 1899, avec la méthode habituelle du docteur Heurtaux. La matrice est aisément redressée et la malade se rétablit vite. Toutefois, pendant plusieurs mois encore, elle reste nerveuse.

Le 2 avril 1901, elle vient rendre visite à son opérateur et déclare se trouver désormais dans un état très satisfaisant. L'utérus est resté en bonne position. Quant à la neurasthénie, elle a entièrement disparu.

OBSERVATION XXXII

(Inédite)

M. R..., femme B..., 34 ans, entre à l'hôpital le 23 août 1899. Elle a eu trois enfants, tous venus un peu avant terme. Le

dernier accouchement est du 8 septembre 1898 ; il a été suivi de fièvre pendant quelques jours, et depuis, les règles sont devenues très douloureuses.

Au toucher, on trouve l'utérus en rétroversion et le col est à deux centimètres seulement, au-dessus du bord inférieur de la symphyse. La malade éprouve des phénomènes pénibles du côté des lombes et du rectum, et a de la colite muco-membraneuse. Cependant, son état général semble bon.

Elle est opérée le 24 août. Les ligaments sont trouvés très grêles et exceptionnellement longs, ce qui tient sans doute à l'abaissement qui accompagne la rétrodéviation. Ils sont néanmoins suffisants pour bien attirer l'utérus et la malade quitte l'hôpital le 19 septembre, avec un organe non seulement bien redressé, mais aussi complètement relevé.

M. Heurtaux a revu cette malade le 10 février dernier. Son utérus s'est très bien maintenu, et elle n'éprouve plus aucun phénomène douloureux.

OBSERVATION XXXIII

(Inédite)

M^{me} H..., 34 ans, a eu deux jumeaux il y a huit ans et demi, un autre enfant il y a sept ans, et enfin un dernier il y a quatre ans. Depuis la naissance de celui-ci, ses règles sont devenues très douloureuses. Elle éprouve tous les symptômes d'une rétroflexion, qu'il est du reste très aisé de constater.

Malgré cette affection, l'état général demeure satisfaisant.

Elle consent à une intervention chirurgicale, et, le 5 décembre 1899, M. Heurtaux lui pratique le raccourcissement des ligaments ronds.

Dans leur trajet inguinal, ceux-ci sont d'une gracilité extrême ;

ils sont cependant suffisants pour maintenir l'utérus en bonne position, et la réduction persiste, car la malade, revue le 13 juillet 1900, se trouve très heureuse. Elle ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XXXIV

(Inédite)

Femme E..., 35 ans, a eu cinq enfants ; le dernier, le 7 août 1899.

Depuis cette époque, elle éprouve toujours une sensation de lassitude à laquelle se joignent de fréquentes douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Cette femme est, de plus, une dyspeptique arrivée à un degré extrême de névropathie.

A l'examen, on lui trouve un utérus en rétroversion accentuée, avec un certain degré de cystocèle vaginale.

Elle est opérée, le 24 janvier 1900, par M. Heurtaux qui lui applique son procédé d'Alexander.

Il a revu cette malade six mois après et a pu constater que l'utérus s'était parfaitement maintenu ; seulement, elle était toujours un peu névropathe.

OBSERVATION XXXV

(Inédite)

L. F..., femme G..., 45 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 12 juin 1900 ; elle a eu cinq enfants. Le premier est aujourd'hui âgé de 21 ans et le dernier de 10 ans.

Depuis ce dernier enfant, elle est restée toujours souffrante, éprouvant dans le ventre des douleurs intolérables, devenues

tellement intenses que, pendant ces six derniers mois, elle a été obligée de garder le lit.

L'utérus, au palper, est reconnu à hauteur suffisante, les culs-de-sac sont libres, mais le col regarde en avant et on sent, dans le cul-de-sac de Douglas, le fond de l'utérus assez volumineux et facilement mobilisable.

M. Heurtaux lui pratique un Alexander, le 16 juin 1900, en croisant les ligaments ronds et les raccourcissant d'environ 10 centimètres.

La malade quitte le service, le 15 juillet, en état satisfaisant.

Nous avons eu des renseignements, de la malade elle-même, sur son état de santé, le 20 mai 1901 ; ils sont favorables. Elle dit faire son ouvrage facilement, ses règles sont régulières et viennent aisément ; elle sent, *assez rarement*, quelques douleurs *très légères* dans le ventre.

OBSERVATION XXXVI

(Inédite)

M. O..., 29 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 11 juin 1900.

Nous n'avons aucun renseignement sur les douleurs qu'elle éprouve, nous savons seulement qu'elle est alors atteinte de rétroflexion utérine, et dans l'impossibilité absolue de faire son ouvrage.

Son état général est médiocre ; elle est de tempérament lymphatique et assez neurasthénique.

On lui fait le 15 juin un Alquié-Alexander et elle quitte l'hôpital le 25 juillet.

Cette malade a été revue quelques mois après par M. Heurtaux. Elle lui a déclaré être satisfaite de son opération. Elle se trouvait beaucoup mieux et pouvait travailler.

OBSERVATION XXXVII

(Inédite)

M. T..., femme M..., 29 ans, entre à l'hôpital, le 11 juillet 1900. Elle est atteinte de rétroflexion utérine et éprouve les symptômes douloureux habituels à cette affection.

Elle est opérée le 19 juillet par M. Heurtaux. Les ligaments sont raccourcis de 12 centimètres et croisés suivant le procédé ordinaire. La malade quitte l'hôpital le 9 août, avec un utérus en position physiologique.

Nous avons écrit inutilement pour avoir des nouvelles de cette femme, nous n'avons pas obtenu de réponse.

OBSERVATION XXXVIII

(Inédite)

(Opération exécutée par le D^r GUILBAUD)

E. G..., 24 ans, ouvrière de fabrique, entre à l'hôpital de Nantes, le 16 octobre 1900.

Elle a eu un enfant il y a trois ans; puis, le 20 septembre dernier, une fausse couche de quatre mois, à la suite de laquelle une hémorragie abondante durant cinq jours.

Elle a gardé le lit pendant quinze jours, puis, lorsqu'elle s'est levée, elle a ressenti de la pesanteur dans la région lombaire, et de véritables tiraillements avec douleurs irradiées dans les reins, le bassin, les cuisses et les genoux. Ces souffrances rendent la station debout intolérable, et la malade est obligée de rester complètement étendue.

Lorsqu'elle est levée, l'utérus apparaît à la vulve; lorsqu'elle est couchée, il devient nettement en rétroversion.

L'opération d'Alquié-Alexander par le procédé de croisement des ligaments ronds, est pratiquée le 30 octobre 1900, par M. le Dr Guilbaud, que nous avons l'honneur d'assister comme interne. Les ligaments sont facilement isolés et attirés.

Le soir et le lendemain de l'opération, la température vespérale est à 38°, mais tout se passe correctement néanmoins, et la malade quitte l'hôpital le 8 décembre, absolument guérie.

La veille, l'utérus a été examiné, il est en bonne position et suffisamment mobile. Le col est assez élevé et son orifice regarde en arrière.

La malade présente un état général excellent et peut rester debout sans souffrir.

Nous avons pu revoir cette femme près de 7 mois après son opération, le 18 mai 1901. Elle a repris un service très pénible dans la fabrique où elle travaillait autrefois, et elle reste debout du matin au soir sans éprouver la moindre gêne. Ses règles viennent régulièrement et sans douleur. L'utérus ne saurait-être en meilleure position.

De plus, les cicatrices sont à peine visibles.

EN RÉSUMÉ :

Les 38 observations qui précèdent se décomposent ainsi :
27 résultats très satisfaisants.

Obs. II, III, IV, VI, VIII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XX, XXI, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVIII.

6 résultats plus ou moins douteux.

Deux malades ayant été opérées une seconde fois et ayant continué à souffrir fort longtemps malgré leur nouvelle opération. Obs. VII, XIX.

Une récédive (probable) à la suite de deux fausses couches et un curettage. Obs. X.

Une récédive dont on ignore la cause. Obs. XVIII.

Deux cas de réapparition de douleurs malgré le redressement définitif de l'utérus. Névropathie, Obs. XXII, et métrite probable, Obs. XXVII.

4 résultats éloignés inconnus, les malades n'ayant pas été retrouvées. Obs. I, XVII, XXX, XXXVII.

1 morte du choléra en 1893.

Il faut remarquer que les femmes ayant continué à souffrir après l'opération d'Alquié-Alexander étaient des neurasthéniques avérées et qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de la persistance de leurs douleurs. Ces malades peuvent être comparées aux femmes chez lesquelles les ovaires supposés atteints de névralgie ont été enlevés, et qui, après l'opération, continuent à souffrir de leur névralgie pelvienne.

CONCLUSIONS

L'opération d'Alquié-Alexander est efficace pour remédier aux rétrodéviations de l'utérus, dans tous les cas où il n'existe pas d'adhérences pathologiques de cet organe.

Elle peut aussi être employée dans le cas d'adhérences peu solides, lorsque l'utérus est ramené, sans trop d'effort, à sa position normale, au moyen de l'hystéromètre ou du massage.

Lorsque les adhérences sont résistantes, elles nécessitent une laparotomie et dès lors la ligamentopexie devient l'opération de choix, puisqu'elle présente l'avantage de ne pas immobiliser l'utérus en cas de grossesse.

L'opération d'Alquié-Alexander est la plus physiologique ; elle remet l'utérus dans la situation normale, en utilisant ses moyens naturels de contention, et sans établir d'adhérences dangereuses.

Seule, avec la ligamentopexie, elle ne constitue pas un état pathologique au point de vue de la grossesse, car elle ne gêne ni l'évolution, ni la régression de la matrice.

Les ligaments ronds, grâce à leur élasticité, résistent pendant la grossesse et reviennent à leur état normal, en même temps que l'utérus ; ils ne sont pas, comme de

simples adhérences, exposés à se rompre pendant la période de gravidité. (Obs. IV, XV, XVI).

L'opération est utilisable également dans le prolapsus, en lui associant, au besoin, une restauration du périnée et du vagin. Elle prévient la descente de l'utérus, en inclinant son axe sur celui du vagin.

Lorsqu'il existe en même temps de la métrite, il est bon de traiter celle-ci préalablement ou de faire en opérant un léger curetage. Si le col est d'une longueur exagérée, il est utile d'en pratiquer l'amputation.

L'opération d'Alquié-Alexander est d'une exécution facile, et à la portée de tout chirurgien soigneux ; elle n'est point périlleuse, puisqu'elle dispense d'ouvrir le péritoine.

Elle présente l'avantage de ne pas compromettre la résistance de la paroi abdominale, et de ne pas laisser des cicatrices apparentes.

Cette opération peut parfois provoquer quelques tiraillements, à l'époque de la congestion menstruelle ; mais elle calme presque toujours de suite tous les phénomènes douloureux résultant de la position vicieuse de la matrice.

Elle assure une parfaite solidité ; et les tractions de l'utérus, agissent si peu sur les adhérences des ligaments, que l'on peut, aussitôt après l'opération, négliger l'emploi de tout moyen artificiel de contention.

Cette intervention serait à conseiller lorsque, chez une femme encore jeune, la mauvaise position de l'utérus pourrait être considérée comme une cause de stérilité, (Obs. XV).

Chez les personnes nerveuses, il sera prudent de redresser d'abord la matrice, au moyen d'un pessaire, et d'observer ainsi, au bout de quelques semaines, les effets obtenus par le redressement de l'organe. Le chirurgien évitera ainsi les déceptions que pourrait lui causer l'opération pratiquée chez certaines femmes neurasthéniques.

Les suites de l'intervention sont bénignes. Sur les trente-huit cas précédemment rapportés, il n'y a pas un décès imputable à l'opération.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAMS. — *Glasgow med. journal*, juin 1882, p. 437.
- ALBERT MARTIN. — *Normandie médicale*, 1^{er} février 1897, p. 37.
- ALEXANDER. — *Medical times and gaz.*, avril 1882.
- ALQUIÉ. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1840, T. VI.
— Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des opérations, 1850.
- AMBROISE PARÉ. — Livre de la génération.
- AMUSSAT. — Note sur un nouveau moyen de guérir la rétrodévi-
ation utérine, *Gazette médic. de Paris*, 1850,
p. 159.
- ARAN. — Maladies de l'utérus, 1860, p. 1839.
- BECK. — Congrès de Moscou, août 1897.
- BEURNIER. — Ligaments ronds de l'utérus, thèse de Paris, 1886.
- BLAN. — *Echo médical de Lyon*, 15 octobre 1898.
- BOIVIN et DUGÈS. — Maladies de l'utérus, 1833.
- BOULLY. — *Bulletin et mémoires de la Soc. de chirurg.*, 24 oct.
1888, p. 762.
- CHAPUT. — *Semaine médicale*, 6 avril 1892, p. 125.
- CHURCHILL. — Maladies des femmes, traduction Leblond.
- DELBET. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 1890, T. VIII,
pages 508, 522, 524, 1899, T. VIII, p. 243.
- DEMELIN. — *Normandie médicale*, 1^{er} février 1897, p. 39.

DOLÉRIS. — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*,
25 janvier 1886, p. 17 et 25 février 1889.

— *Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 3, p. 23.

DUPLAY. — Thèse Manrique, Paris, 1886, p. 123.

FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurg.*, 1898,
p. 1167.

— *Gazette médicale de Paris*, 15 déc. 1888.

FOURNIER. — *Semaine médicale*, 29 août 1900, p. 296.

FRANK. — Congrès des Naturalistes allemands, à Cologne.

FROMMEL. — *Arch. f. gynec.*, 1889, p. 538.

GAILLARD-THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes*,
traduit par Lutaud. Paris, 1879.

GUETTE. — *Etude du traitement des rétrodéviations utérines*.
Thèse Paris, 1895.

HARTMANN. — *Semaine médicale*, 29 août 1900, p. 297.

HUGUIER. — Mémoire à l'Académie de Médecine, 1860.

JONNESCO. — *Semaine médicale*, 29 août 1860, p. 297.

KÆBERLÉ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 3, 1877.

LEGENDRE. — Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

MANRIQUE. — *Etude sur l'opération d'Alexander*. Paris, 1886.

MARCEL BAUDOUIN. — *Hystéropexie abdominale antérieure*.
Paris, 1890, p. 178.

MERLET. — *De l'hystéropexie vaginale pour les rétrodéviations
utérines*. Thèse de Paris, 1899.

NAULLEAU. — *Ligamentopexie, procédé de Beck*. Thèse Paris,
1899.

NOBLE. — *Americ. journ. of. obstetric.*, 1896, n° 2.

OLSHAUSEN. — *Centr. f. gyn.*, 1884, p. 698.

— *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 681 et 682.

POZZI. — *Gazette médicale de Paris*, 15 déc. 1888.

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890,
p. 487 et 551.

RICHELOT père. — *Union médicale*, 1868, nos 58 et 59.

RICHELOT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1889.

RUGE. — *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, t. I.

SCHUCKING. — *Centr. f. gyn.*, 1888, p. 681 et 682.

SCHWARTZ. — *Semaine médicale*, 29 août 1900, p. 296 et 297.

— Congrès de Paris, 1890.

SEGOND. — Société de Chirurgie, 27 mars 1889, p. 266.

STANKEWICZ. — *Semaine médicale*, 29 août 1900, p. 297.

STRATZ. — *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, vol. XXI, p. 2.

TESTUT. — Traité d'anatomie, t. 3, p. 1061.

TILLAUX. — Anatomie topographique, p. 894.

— Traité de clinique chirurgicale, 1890, t. II, p. 499 et
502.

TRÉLAT. — Clinique chirurgicale, t. 2, p. 621.

— *Semaine médicale*, 1889, p. 180.

VON RABENEAU. — *In Berlin Klin Wochenschr.*, 1886, p. 284.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I. — Notions générales sur les moyens de fixité de l'utérus et sur les causes de ses déviations.....	13
CHAPITRE II. — Historique de l'Alquié-Alexander.....	22
CHAPITRE III. — Indications de l'Alquié-Alexander.....	30
CHAPITRE IV. — Reproches adressés à l'opération d'Alquié- Alexander.....	40
CHAPITRE V. — Procédés divers pour remédier aux rétro- déviations utérines. — Avantages de l'Alquié- Alexander.....	46
CHAPITRE VI. — Description du procédé opératoire de l'Alquié-Alexander par la méthode du croisement des ligaments ronds.....	64
CHAPITRE VII. — Observations.....	72
CONCLUSIONS.....	107
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	111

